

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

N°

T H È S E 623

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

QUÉTIN Anne-Marie

née le 31 janvier 1931, à Aurillac (Cantal)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
(Médaille d'or)

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 1960



**LA PSILOCYBINE EN PSYCHIATRIE
CLINIQUE ET EXPERIMENTALE**

Président : Monsieur le Professeur Jean DELAY

1960



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

N°

T H È S E

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

QUÉTIN Anne-Marie

née le 31 janvier 1931, à Aurillac (Cantal)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

(Médaille d'or)

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 1960



LA PSILOCYBINE EN PSYCHIATRIE CLINIQUE ET EXPERIMENTALE

Président : Monsieur le Professeur Jean DELAY

20/6

TABLEAU DE MÉTHODE DE TRAVAIL

ANNEE 1920

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE

(MÉDECINE GÉNÉRALE)

PAR

DR. J. J. J. J.

Président et soussigné :
Monsieur le Docteur J. J. J. J.
Monsieur le Docteur J. J. J. J.
Monsieur le Docteur J. J. J. J.
Monsieur le Docteur J. J. J. J.

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 1920



LA PSYCHOLOGIE EN PSYCHIATRIE
CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE

Président : Monsieur le Professeur Jean DALLY

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBIN A., BÉNARD H., BROcq P., BULLIARD H., CADENAT F., CHABROL E.,
 CHAMPY C., CHEVALLIER P., DEBRÉ R., DONZELOT E., GASTINEL P., GUILLAIN G.,
 HALPHEN E., HARVIER P., HAZARD R., HEUYER G., LANTUEJOUL P., LAROCHE G.,
 LAUBRY C., LÉVY-SOLAL D., LHERMITTE J., LIAN C., LÖRPER M., MARION G.,
 MATHIEU P., MOCQUOT P., MONDOR H., MONOD R., MOREAU R., MULON P., OLIVIER E.,
 RICHT C., STROHL A., TANON L., VELTER E.

Doyen : LÉON BINET, Membre de l'Institut
Assesseur : JEAN VERNE

I. — PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER G.
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS A.
Anatomie pathologique	DELARUE J.
Anesthésiologie	BAUMANN J.
Bactériologie	FASQUELLE R.
Biochimie médicale	JAYLE M.-F.
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports.	CHAILLEY-BERT P.
Biologie médicale	FAUVERT R.
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD J.
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON H.
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN M.
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MOULONGUET P.
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	FÈVRE M.
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MERLE D'AUBIGNÉ R.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DE GAUDART D'ALLAINES
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY J.
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT J.
Clinique gynécologique (Broca)	LAMY M.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	FUNCK-BRENTANO P.
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	DEGOS R.
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CATHALA J.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	MOLLARET P.
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DELAY J.
Clinique des maladies du sang (Broussais)	HAMBURGER J.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).	MARCHAL G.
	ALAJOUANINE T.
	DE GENNES L.
	JUSTIN-BESANÇON L.
Cliniques médicales	BARIÉTY M.
	SOULIÉ P.
	DREYFUS G.
	KOURILSKY R.

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY C.	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT L.	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT M.	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS D.	
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME M.
	Port-Royal	N...
	Tarnier	VARANGOT J.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD G.	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY M.	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE J.	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD E.	
Clinique de psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX L.	
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG M.	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE F.	
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME M.	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE J.	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE A.	
Clinique urologique (Cochin)	FEY B.	
Electrophysiologie médicale (Chaire à titre personnel)	DJOURNO A.	
Embryologie	GIROUD A.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...	
Histologie	VERNE J.	
Hygiène des collectivités (Chaire à titre personnel)	DEPARIS M.	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN R.	
Hygiène et médecine préventive	JOANNON P.	
Médecine du travail	DESOILLE H.	
Médecine légale	PIÉDELIEVRE R.	
Parasitologie	GALLIARD H.	
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE R.	
Pathologie exotique	LAVIER G.	
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE J.	
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel)	MERKLEN F.-P.	
Pathologie médicale	N...	
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN R.	
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL J.	
Physiologie	BINET L.	
Physique médicale	DOGNON A.	
Physiologie (Chaire à titre personnel)	BARGETON D.	
Radiologie médicale	DESGREZ H.	
Technique chirurgicale	PATEL J.	
Thérapeutique	BROUET G.	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	CABROL C., COUINAUD C., OLIVIER G.
Anatomie pathologique	GAUTHIER - VILLARS (Mlle P.), pr. s. ch., BUSSER F., GOUYGOU CH., ORCEL L., PAILLAS J.
Anesthésiologie	VOURC'H G.
Bactériologie	NÉVOT A., pr. s. ch., BARBIER P., CHRISTOL D., TOUR- NIER P.
Biochimie médicale	DESGREZ P., pr. s. ch.; POLONOVSKI J., pr. s. ch.; SCHAPIRA G., m. conf.
Biologie médicale	BOURLIÈRE F., m. conf.
Carcinologie	DENOIX P., MATHÉ G.
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT B.
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD G.
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS H.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER G., DAUSSET J.
Histologie	GOUJARD R., pr. s. ch.; MAROIS M., RACADOT J.
Hydrologie	CORNET A.
Hygiène	BOYER J., pr. s. ch.; CORRE-HURST (Mme L.).
Maladies infectieuses	BASTIN R., DUPONT V.
Médecine légale	DEROBERT L., pr. s. ch.; HADENGUE A., FOURNIER E., GUENIOT M.

Médecine du travail ..	ALBAHARY C.
Neuro-chirurgie.. ..	DAVID M.
Neurologie	LHERMITTE F.
Obstétrique	GRANJON A., HERVET E., LE LORIER G., MORIN P., MUSSET R., ROBEY M., THOYER-ROZAT J.
Ophthalmologie	BRÉGEAT P., SARAUX H.
Orthopédie	JUDET R., RAMADIER J.
Oto-rhino-laryngologie ..	DEBAIN J.
Parasitologie.. .. .	BRUMPT L.-C., pr. s. ch., CHABAUD A.
Pathologie chirurgicale ..	BARCAT J., BINET J.-P., CAUCHOIX J., CHATELIN C.-L., DUBOST Ch., DUBOST Cl., FAUREL J., FLABEAU F., GERMAIN A., LAURENCE G., agr. per., LORTAT-JACOB J.-L., LOYGUE J., MERCADIER, PERROTIN J., ROBERT H., THOMERET G.
Pathologie exotique.. ..	SCHNEIDER J.
Pathologie expérimentale	CROSNIER J., HARTMANN L., LOEPER J., MAURICE J., PLAS F., RICHEL G.
Pathologie médicale.. ..	AUSSANNAIRE M., BOUR H., BOUVIER J., BOUVRAIN Y., BRICAIRE H., BRISSAUD H., BROCARD H., BUGE A., CASTAIGNE P., m. conf., CATINAT J., CONTAMIN F., COURY C., FREZAL J., HOUSSET E., LAROCHE Cl., LESOBRE R., MACREZ C., NICK J., PEQUIGNOT H., m. conf., ROYER P., WOLFEROMM R.
Pédiatrie-Puériculture ..	JOSEPH R., MANDE R., MOZZICONACCI P., POLONOVSKI C., ROSSIER A.
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.), pr. s. ch., BOISSIER J., LECHAT P.
Physiologie	PARROT J., pr. s. ch., DEJOURS P.
Physique médicale	GOUGEROT L., m. conf.
Pneumo-phthisiologie.. ..	KREIS B.
Psychiatrie	PICHOT P.
Psychiatrie infantile. ..	DUCHÉ D.
Rhumatologie	DELBARRE F.
Stomatologie.. .. .	CERNÉA P., CHAPUT (Mme A.), m. c. agr., GRELLET.
Thérapeutique.	CHASSAGNE P., LAMOTTE M.
Urologie	QUENU L.

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

Clinique chirurgicale. ..	ALOULKER P., AMELINE A., HUGUIER J., LÉGER L., OLIVIER C., PADOVANI P., POILLEUX F., ROUX M., VERNE J.-M.
Clinique médicale	HAGUENEAU J., pr. s. ch., BOUDIN G., CONTE M., DOMART A., MILLIEZ P., PERRAULT M., RAMBERT P., THIEFFRY S., TURIAF J.
Clinique neuro-rhumato- logique.. .. .	DE SÈZES S.
Clinique obstétricale. ..	GRASSET J., LEPAGE F., MAYER M., MERGER R., RAVINA J.
Clinique ophtalmologique	DESIGNÉ P., OFFRET G.
Clinique oto - rhino - laryngologique.	MADURO R.
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE R.
Clinique psychiatrique ..	BARUK H.
Clinique urologique.. ..	KUSS R.

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.. .. .	HAUDUROY P., pr. s. ch.
Biochimie médicale. ..	ETTORI J., pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale..	RUDLER J., p. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA J.

Secrétaires : Mme BEURLAND H., Mlle CHAINTREUIL G., Mlle HURÉ A.

Conservateur chargé de la direction de la Bibliothèque : M. le Dr HAHN A.

Conservateurs : Mlles DUMAITRE P., GOICHON A.-M.

Bibliothécaires : Mme CONTET J., Mlles LAURENT H., LE NOIR G., QUIÉVREUX E.

A MES PARENTS,

A MA FAMILLE,

A MES AMIS,

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

*Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris*

Membre de l'Académie Française

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux de Paris

Directeur de l'Institut de Psychologie

Docteur ès-lettres

Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse, dont il a inspiré
le sujet, et qui n'a cessé de s'intéresser aux
progrès de ce travail,
en témoignage de mon affectueuse recon-
naissance et de ma respectueuse admira-
tion.

A MON MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON MICHAUX

*Professeur de Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris*

Médecin de la Salpêtrière

*Ancien Médecin chef de l'Infirmerie Psychiatrique
près la Préfecture de Police*

Officier de la Légion d'Honneur

à qui je dois l'éveil de ma vocation psychiatrique, et dont l'intuition clinique a continuellement inspiré ma vie professionnelle, avec l'expression de ma gratitude et de mon profond attachement.

A MON MAITRE,

LE DOCTEUR PIERRE PICHOT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur à l'Institut de Psychologie

dont la compétence a, seule, permis l'achèvement de ce travail, et qui fut constamment associé à sa réalisation,
avec l'entière conscience de tout ce que je
lui dois et mes remerciements les plus vifs.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. HEIM

Directeur du Muséum National d'Histoire Naturelle
Membre de l'Académie des Sciences

en hommage respectueux.

A MADemoiselle ThÉRÈSE LEMPERIÈRE

Assistant à la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale

dont la présence vigilante eut pour moi, au cours de mes recherches, la valeur d'un encouragement amical et éclairé, en témoignage de ma respectueuse amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIDIER-JACQUES DUCHÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

avec mes remerciements respectueux pour
sa grande bienveillance et la confiance qu'il
a bien voulu m'accorder.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H.-M. GALLOT

*Médecin chef de l'Infirmierie Psychiatrique
près la Préfecture de Police*

avec ma vive reconnaissance pour l'intérêt
qu'il m'a toujours témoigné.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SIGWALD

Médecin de l'Hospice Paul-Brousse

en souvenir reconnaissant pour l'accueil
qu'il m'a toujours réservé. Avec l'expres-
sion de ma respectueuse affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. SOULAIRAC

*Professeur de Psycho-Physiologie à la Faculté des Sciences de Paris,
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine*

qui fut pour moi un Maître attentif et bien-
veillant,
En témoignage de mon attachement dévoué.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat des Hôpitaux de Paris 1953-1955

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR J. GUILLAUME

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. BENOIST

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. GARCIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MICHAUX

Internat des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine 1955-1960

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. MIGNOT

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. BOITTELLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SIGWALD

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. SOULAIRAC

A MONSIEUR LE DOCTEUR H.-M. GALLOT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MICHAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. THUILLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. VERDEAUX

qui m'ont fait bénéficier du résultat de leurs
travaux.

A MONSIEUR J. PERSE

*Chef de Laboratoire de Psychologie
de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale*

qui s'est amicalement chargé de la partie
psychométrique de ce travail,
Avec mes vifs remerciements.

A MADAME CH. MOREAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. NAKAJIMA

avec toute ma gratitude pour le concours
qu'ils m'ont apporté.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les drogues psycho-dysléptiques capables de créer, chez le sujet normal, une véritable « Psychose Artificielle », ont donné lieu à de multiples recherches en psychiatrie.

Ces drogues, les « Phantastica » de Lewin, ont le plus souvent une origine naturelle ; connues en réalité depuis fort longtemps, la plupart de leurs propriétés « magiques et divinatoires » étaient utilisées dans de nombreuses religions primitives. Il en est ainsi de la Psilocybine, principe actif des champignons hallucinogènes du Mexique.

Ces « champignons sacrés » ont été « redécouverts » récemment par M. et Mme Wasson, qui se sont attachés à retracer leur histoire. Les travaux mycologiques remarquables réalisés au Muséum d'Histoire Naturelle de Paris par M. le Professeur R. Heim ont rendu possible les études chimiques et pharmacologiques de la Psilocybine, études qui se révèlent du plus haut intérêt.

Sur la demande de M. le Professeur R. Heim, nous avons pu disposer de Psilocybine depuis juillet 1958, grâce à l'obligeance des Laboratoires Sandoz. L'étude de cette drogue put ainsi être réalisée à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (Service du Professeur J. Delay).

Nous avons entrepris d'analyser systématiquement ses actions physiologiques et psychiques. Nous avons mené parallèlement notre expérimentation sur des sujets normaux et des malades mentaux. Nous avons ainsi réalisé 114 épreuves (34 chez les sujets normaux, 80 chez les malades). Ce sont les résultats de cette expérimentation que nous nous proposons d'exposer ici.

Nous ferons d'abord une étude analytique des symptômes provoqués par la drogue chez les sujets normaux : l'état de psychose artificielle observé donnera lieu à une étude psychopathologique.

Nous montrerons ensuite, dans une étude comparative, les effets de la Psilocybine chez les malades mentaux, et nous essaierons de dégager l'intérêt que peut présenter une telle épreuve du double point de vue clinique et thérapeutique.

Enfin, la comparaison de la Psilocybine avec les autres drogues psycho-dysléptiques utilisées en psychiatrie nous permettra de préciser le rôle qui lui revient dans l'étude des mécanismes d'action de ce type de drogues, mécanismes qui se révèlent d'une grande complexité.

HISTORIQUE

Les travaux des deux ethnologues américains, R. Gordon Wasson et V. Pavlovna Wasson ont eu le mérite, non seulement de faire connaître la nature des champignons hallucinogènes du Mexique, mais encore de réunir tous les documents les plus anciens (99) concernant le culte du champignon sacré. Nous rappellerons ici brièvement les résultats de leurs recherches.

Les champignons hallucinogènes semblent avoir une répartition géographique large en Amérique Centrale, leurs traces ayant été retrouvées depuis la vallée de Mexico jusqu'à l'isthme de Tehuantepec.

LES SOURCES ECRITES

Bien qu'il soit impossible de préciser le moment où furent connus les champignons hallucinogènes, nous retrouvons le témoignage de leur existence dans certains manuscrits se rapportant à des événements qui se sont produits au XV^e siècle, bien avant l'arrivée des Espagnols. C'est ainsi que dans son « Histoyre du Mechique » (1574), André Thevet nous signale l'usage des champignons par les Indiens Otomis.

« ...les quels le diable abuseoyt leur faisant manger quelque herbe
« qu'ils noment « nanacatl » laquelle les faisoyt hors de sens et voyr
« beaucoup de visions. »

Cette citation concerne des événements qui se sont produits au milieu du XV^e siècle.

D'autres documents, parus à des dates variables (XVI^e et XVII^e siècles) font mention également de l'utilisation du « champignon enivrant ». En fait, à travers ces écrits, pour la plupart dus à des religieux espagnols, se dégage un fait important : « Le champignon était plus qu'enivrant, on lui attribuait des pouvoirs que les Indiens considéraient comme divins et les chrétiens comme démoniaques ». Des détails intéressants sont fournis par le Père franciscain Bernardino de Sahagūn qui décrit « une scéance à champignon » en insistant sur le caractère horrible des hallucinations. Un autre missionnaire franciscain, Toribio de Benavente, surnommé Motolinia, écrit également : « les Indiens, après avoir ingéré le champignon... avaient mille visions « et particulièrement des serpents ; et comme ils perdaient complètement la raison, il leur semblait que leurs jambes et leurs corps étaient « pleins de vers qui les dévoraient vivants, et ainsi, à demi-enragés, « ils sortaient de leur maison, cherchant quelqu'un à tuer ; et par suite « de cette ivresse bestiale et de la fatigue qu'ils en éprouvaient, il « arrivait à l'occasion que l'un ou l'autre se pendait... Ils appelaient « ces champignons dans leur langue Teonanacatl, ce qui signifie « chair de Dieu » ou du diable qu'ils adoraient, et de cette façon, avec « cette amère nourriture, ils recevaient leur Dieu cruel en commun. »

De telles pratiques ne pouvaient que scandaliser le catholicisme espagnol, et les archives de l'Inquisition reflètent le zèle avec lequel les conquérants ont tenté de faire disparaître ces rites diaboliques.

Dans les siècles suivants, les récits de Jacinto de la Serna, au XVII^e

siècle, et plus tard ceux de l'archevêque de Mexico, Don José Lanciego, en 1726, témoignent de la persistance de pratiques païennes qui règnent toujours dans ce pays. L'usage de champignons semblait connu et admis comme une chose naturelle, ce que déplore le prélat.

Il est intéressant d'étudier les différents termes qui désignaient ces champignons.

Thevet parle de « nanácatl », ce terme paraissant être le nom générique désignant les champignons.

Il nous faut signaler qu'en langue otomi, dans un dictionnaire paru au XVI^e siècle, 24 sortes de champignons sont cataloguées.

D'autres mots sont utilisés par les divers auteurs. Un botaniste du XVI^e siècle, Hernandez, parle de « Teyhuinti » : ce qui enivre ; Sahagûhn et Motolinia, de « Teo-nanácatl » : champignons divins, et Molina, dans un dictionnaire de langue nahuatl publié en 1571, utilise le terme de « Teyuinti-nanácatl » : champignon qui enivre.

Il faut signaler qu'en nahuatl, le mot « chair » est « nacatl ». Or, dans cette langue, le mot chair n'a pas de pluriel, et le mot « nanácatl » (qui devrait être sa forme plurielle) signifie « champignon ». R. Gordon Wasson attribue une importance considérable à ce fait. Cette forme plurielle exprimerait « le souffle divin résidant dans les champignons hallucinogènes ».

A ces textes, s'ajoutent des *témoignages archéologiques* rassemblés par R.G. Wasson (101), et qui sont bien antérieurs aux sources écrites. Les fresques de Teotihuacan (appartenant à la période III et datées de 300 à 600 après J.C.) représenteraient le champignon près du dieu de la pluie, Tlaloc, au culte duquel il serait associé ; dans les pays mayas, on a découvert de nombreuses statuettes de pierre figurant le champignon sacré (98) datant de la période allant du 2^e millénaire avant J.C. à environ 600-900 de notre ère. Toutefois, l'auteur signale que, si ces champignons de pierre ont été retrouvés en Amérique centrale, leur lieu de découverte ne coïncide pas exactement avec la répartition géographique des champignons.

R.G. Wasson suggère toutefois que ces champignons de pierre peuvent être « l'expression frappante d'une phase d'un culte chez les Mayas des montagnes, disparu longtemps avant l'arrivée des Espagnols ».

En dépit de ces connaissances très anciennes et malgré la persistance au Mexique du culte du champignon sacré, aucune mention de ces champignons hallucinogènes n'est faite durant toute une période qui s'étend de la fin du 18^e siècle au début du 20^e siècle. En 1915, Safford affirme même que les champignons sacrés n'ont jamais existé. C'est en 1938 que les publications de J.B. Johnson et celles de R.E. Schultes attirent à nouveau l'attention sur les champignons sacrés. Mais il faut attendre les travaux de R. Gordon Wasson pour avoir des connaissances plus précises sur ce sujet.

En 1953, M. et Mme Wasson, leur fille et R. Weitlaner entreprennent leur *première expédition* (100). Une jeune missionnaire protestante, excellente linguiste, vivant depuis quinze ans à Huautla, leur avait confirmé l'utilisation chez les Mazatèques des champignons hallucinogènes doués, pour les indigènes, de propriétés divinatoires. Au cours de cette expédition, ces ethnologues peuvent enfin assister à l'une des cérémonies rituelles où le champignon est utilisé. Ils peuvent également obtenir quatre espèces de ces champignons qu'ils confient à M. le Professeur Heim, afin qu'elles soient identifiées. De 1953 à 1956, de nou-

velles visites dans les pays Mije, Mazatèques, Zapotèques et Pahua, c'est-à-dire dans les zones montagneuses du Mexique central et méridional, leur permettent d'obtenir de nouvelles et très importantes informations, et de recueillir d'autres spécimens qui furent également confiés au Professeur Heim. En 1955, R.G. Wasson et A. Richardson, les premiers, consomment le champignon au cours d'une cérémonie nocturne faite chez une curandera, Maria Sabina. En juillet 1956, le Professeur Heim (46) (59), lors d'une expédition à Huautla de Jimenez participe à une cérémonie chez Maria Sabina. C'était, du reste sa deuxième « auto-expérience » : il avait, en mai 1956, ingéré certains champignons cultivés, au Muséum d'Histoire Naturelle de Paris, à partir des espèces recueillies en 1953.

Ainsi, grâce à cette étroite collaboration, de nombreux documents ethno-mycologiques ont pu être recueillis (42, 43, 44, 48).

LE CHAMPIGNON AU MEXIQUE CONTEMPORAIN

Les Indiens d'Amérique centrale utilisent donc à l'heure actuelle le champignon sacré. Ils ont encore pour lui le plus grand respect. Les termes qui le désignent sont différents suivant le dialecte, mais ils soulignent toujours son rôle religieux.

C'est en grand secret et dans un but divinatoire que le champignon est utilisé, le plus souvent à l'occasion d'une maladie dont on veut savoir l'évolution. Ce n'est en général ni le malade ni sa famille qui le consomment, mais un « curandero ». Celui-ci « leur prédit alors ce que le champignon a dit ». Le « curandero » (« celui qui guérit avec des herbes et pratique la divination ») doit s'être soumis à un certain nombre de rites avant la cérémonie nocturne. Il doit en effet être « sans tache ». Le champignon est absorbé cru, non lavé, et de préférence il doit être frais.

Deux méthodes divinatoires paraissent être encore utilisées au Mexique. « Dans l'une, écrit R.G. Wasson, le champignon constitue la seule source d'inspiration ; le curandero chante et le champignon s'exprime par la bouche de celui-là. L'autre méthode de divination consiste à répandre des épis de maïs ; cette coutume semble être plus répandue, et là où ils existent, elle utilise parfois les champignons... »

R.G. Wasson avait pu assister dès 1953 à de telles cérémonies : dans son livre, il décrit le rite précis et immuable qu'applique le curandero Aurelio. En 1955 surtout il assiste et participe lui-même, chez Maria Sabina « au souper des champignons ». La scène qu'il peint est très différente de la première : non seulement le rite lui-même est bien moins complexe, mais surtout cette curandera « vit » les phénomènes créés par le champignon. Elle « se laisse aller au rythme de la danse et, dans l'extase, articule des paroles prophétiques ».

Ainsi, lors de ces différentes expéditions, les ethnologues américains avaient retrouvé au Mexique le culte ancien des champignons sacrés. Les troubles psychiques responsables de leurs propriétés « magiques et divinatoires » méritaient une étude approfondie. Il fallait donc établir la classification de ces différents champignons, tenter leur culture au laboratoire, avant d'espérer pouvoir en extraire leur principe actif utilisé en psychopathologie.

Ce fut l'œuvre du Professeur Heim de réaliser en France cette étude taxinomique ainsi que la culture des divers Agrarics Hallucinogènes.

ETUDE DESCRIPTIVE ET TAXINOMIQUE DES AGARICS HALLUCINOGENES DU MEXIQUE

Ce chapitre est consacré à l'étude des représentants hallucinogènes des genres *Psilocybe*, *Stropharia* et *Conocybe*, espèces recueillies au Mexique par M. et Mme R.G. Wasson, M. le Professeur R. Heim. Celui-ci en fit une étude complète et remarquable dans le livre qu'il consacra aux champignons hallucinogènes du Mexique (57 et 58). Récemment, une thèse faite dans ce même pays par G. Guzman Huerta (40) s'inspirait des travaux français. Quelques données « écologiques » nouvelles y étaient toutefois précisées.

Nous allons, dans ce chapitre, tenter de résumer l'étude faite par M. le Professeur Heim dans son livre.

Les Agarics hallucinogènes du Mexique, caractérisés par leur action psychotrope chez l'homme, possèdent certains caractères communs :

- spore de plus de 5 μ , à large pore germinatif, à membrane quintuple ;
- saveur acrecente ou peu agréable ;
- noyau à six chromosomes ;
- lamelles non décurrentes.

Certains caractères les rattachent à trois genres différents :

- genre *Stropharia*,
- genre *Psilocybe*,
- genre *Conocybe*,

ce que confirme également une étude embryologique (Professeur Heim) (58).

Certaines particularités d'ordre macroscopique, sporale, anatomique, culturale et chimique ont permis la classification suivante faite par M. le Professeur Heim. Suivant les conseils de celui-ci, nous y avons inclue une espèce nouvelle qu'il découvrit lors de sa troisième expédition au Mexique (1959), le *Psilocybe fagicola* (63).

CLE DES ESPECES D'AGARICS HALLUCINOGENES
DU MEXIQUE

GENRES	ESPÈCES HALLUCINOGENÈS
<i>Stropharia</i>	Str. Cubensis Earle
<i>Psilocybe</i>	
I. Spore sublenticulaire ou lenticulaire	<i>a</i> - Ps. semperviva Heim et Cailleux
— cordiforme ; non isodiamétrique, pas de sclérote en culture	<i>b</i> - Stirpe caerulescens Ps. caerulescens Murill
A) Spore ovale en profil frontal	Var. Mazatécorum Heim
— lames étroites et claires	F. Heliophile
— culture artificielle peu différenciée	F. Ombrophile Syl- vatique
— mycélium à appendices acrémoni- formes et à filaments membranaires	Var. Nigripes Heim
B) Spore lozangique en profil frontal	
Voile très fugace	
Espèce de petite ou moyenne taille (1-2,5-4 cm)	{ Ps. acutissima Heim Ps. Hoogshagēni Heim Ps. Cordispora Heim Ps. Mixaensis Heim
1. Espèces non lignicoles	
2. Espèces lignicoles	{ Ps. Yungensis Sing et Smith Ps. Fagicola
II. Spore ovoïde ± amygdaliforme, subiso- diamétrique	
Espèces non lignicoles	
C) Sclérotés en culture	Ps. Mexicana Heim
D) Pas de sclérote en culture	
1) Petite taille	{ Ps. Wassonii Heim Ps. Aztécorum Heim
2) Grande taille	Ps. Zapotécorum Heim
<i>Conocybe</i>	{ Conocybe Siligineoides Heim

★

Les *Psilocybes* se répartissent en trois groupes :

a) Les formes galeroïdes et terricoles à sclérotés : *Psilocybe Mexicana* sous ses diverses formes, dont la ségrégation est apparue en culture, selon des souches parfaitement caractérisées et stables. La spore est du type oboval à peine comprimé.

b) Les formes collybioides, non mamelonnées, fimicoles ou terri-
coles, privées de sclérotés : *Ps. caerulescens* et ses deux variétés *Maza-*
tecorum et *Nigripes*, *Ps. Zapotecorum*, *Ps. Semperviva*, *Ps. Aztecorum*,
Ps. Wassonii.

c) Les formes mineures, papillées, mamelonnées ou umbonnées,
humicoles ou lignicoles, à spores lenticulaires cordiformes, privées de
sclérotés. C'est la stirpe *cordispora* qui comporte deux sous-groupes :
— les espèces humicoles, à lames peu larges : *Ps. Cordispora*, *Ps. Acu-*
tissima, *Ps. Hoogshageni*, *Ps. Mixaeensis* ;
— les espèces lignicoles, à lames étroites : *Ps. Yungensis* (et *Ps. Fagi-*
cola, espèce découverte récemment).

Répartition géographique

Cette étude importante a démontré le fait suivant : tandis que *Psilocybes* et *Conocybes* hallucinogènes n'ont été retrouvés qu'au Mexi-
que, le *Stropharia Cubensis* Earle a une répartition géographique très
vaste : on le rencontre en effet en Amérique Caraïbe, en Amérique du
Sud (Bolivie, Argentine), en Asie méridionale (Tonkin, Cambodge,
Thaïlande, Japon), ainsi qu'en Afrique tropicale.

Caractères culturels des Agarics hallucinogènes du Mexique

La culture des Agarics hallucinogènes a été rendue possible grâce
aux travaux faits au Muséum d'Histoire Naturelle de Paris par le Pro-
fesseur R. Heim et son assistant, R. Cailleux.

Les caractères culturels de ces agarics ont donné lieu à de nom-
breuses publications faites à l'Académie des Sciences ou dans la « Re-
vue de Mycologie » (45, 48, 49). Une revue détaillée dans le livre consa-
cré aux Champignons Hallucinogènes du Mexique (60) a été réalisée.
C'est celle-ci que nous allons résumer.

Milieux artificiels stériles

Les essais ont été réalisés sur :

— Milieux de Czapek où les colonies se révèlent pauvres, floconneuses,
poudreuses, légères, rases (*Ps. Caerulescens*, *Wassonii*), parfois iné-
gales et mieux développées (*Ps. Semperviva*), parfois filamenteuses,
duveteuses et subtiles (*Ps. Mexicana*), parfois à peine visibles (*Ps.*
Aztecorum, *Zapotecorum*) ou pratiquement nulles (*Ps. Cubensis*) ;
— Milieux à base de Maltea Moser (à 1 %, 2 %, 5 %), où les cultures se
sont révélées remarquablement différencielles selon les espèces ;

Ici également les caractéristiques culturelles du *Stropharia Cubensis*
aussi bien des souches recueillies en Thaïlande et au Cambodge qu'au
Mexique, éloignent celui-ci des résultats auxquels ont conduit les *Psilo-*
cybes hallucinogènes.

Milieux naturels en conditions septiques

R. Heim et R. Cailleux ont mis au point un procédé culturel sur ter-
rine en milieu constitué de paille fumentée, en conditions non stériles
pour quatre espèces (*Ps. Mexicana*, *Ps. Caerulescens*, *Ps. Semperviva*,
St. Cubensis). Une telle culture semi-industrielle a produit une masse
appréciable de substance.

Ainsi, les caractères des espèces sauvages, l'étude comparée des carpophores obtenus en culture aseptique (à laquelle s'ajoute celle des particularités présentées par le Mycélium des différentes souches des cultures pures sur maltea), les caractères cultureux en milieux naturels s'avèrent très importants pour parfaire une classification. D'ailleurs, ces procédés cultureux sur les milieux naturels ont conduit à la mise au point d'une méthode de production semi-industrielle au laboratoire de cryptogamie du Museum National d'Histoire Naturelle à Paris. Le *Psilocybe Mexicana* Heim ayant donné les meilleurs résultats, les carpophores obtenus ayant, dans une expérience faite par le Professeur Heim (59) montré la persistance des propriétés hallucinogènes, il a été ainsi possible d'obtenir dans un premier temps une notable quantité de matière de base à action psychotrope.

Par la suite, au Laboratoire de Recherche de Chimie Pharmaceutique Sandoz, à Bâle, fut mise au point une méthode de culture in vitro sur milieux artificiels riches, aseptiques et à l'obscurité. Le *Psilocybe Mexicana* Heim fut aussi utilisé. Dans des conditions techniques complexes, il ne se forme, sur le couvert mycélien, aucun carpophore, mais seulement des sclérotés, qui se révèlent avoir eux aussi le même pouvoir hallucinogène (auto-observation A. Brack (4) et R. Heim (59). La quantité de matière première que fournissent les sclérotés se révélant très importante, le chimiste pouvait alors tenter l'extraction des principes actifs.

ETUDE CHIMIQUE PSILOCYBINE ET PSILOCINE

A — EXTRACTION DES PRINCIPES ACTIFS

I. - Elle fut réalisé en 1958 à partir du *Psilocybe Mexicana* Heim, au Laboratoire de Chimie Pharmaceutique Sandoz S.A., à Bâle, par A. Hofmann et ses collaborateurs (70 et 73). Les chimistes ont pu isoler à partir des carpophores ou des sclérotés, les mêmes principes actifs. Toutes les fractions ont fait l'objet d'expériences personnelles. Le mode d'extraction fut communiqué dans plusieurs publications. Nous allons ici résumer l'article que A. Hofmann, R. Heim, A. Brack et H. Kobel consacrent à ce sujet (72) dans le livre sur « Les Champignons hallucinogènes ».

L'extrait méthanolique du champignon soigneusement séché et réduit en poudre fine, est traité successivement par l'éther de pétrole, le chloroforme et le chloroforme-alcool. Du résidu, on sépare d'autres substances par dissolution dans un peu d'eau et par précipitation avec de l'alcool absolu. Le résidu de l'évaporation à sec du filtrat est soumis à la chromatographie sur colonne de cellulose dans un mélange butanol-eau à saturation. Après une première fraction inactive, on voit apparaître des fractions qui, avec le réactif de Keller, donnent une teinte bleue allant jusqu'au violet. Celles-ci sont réunies, soumises à une nouvelle analyse chromatographique : on distingue alors deux zones séparées, ayant chacune une réaction de Keller positive :

— l'une, mince, se déplaçant rapidement, donnant une coloration bleue ;

— l'autre, zone principale, caractérisée par une coloration violette.

La zone principale livre une poudre amorphe, contenant encore des hallogènes. Après traitement de sa solution aqueuse par le carbonate d'argent, l'argent est éliminé du substrat ; on obtient alors la substance active, à laquelle Hofmann et ses collaborateurs ont donné le nom de *Psilocybine*.

A la suite d'une seule recristallisation, cette substance se trouve à l'état pur sous forme de prismes incolores.

Elle est pratiquement insoluble dans les solvants organiques ; elle possède un caractère amphotère. La solution hydro-alcoolique révèle un pH à 5,2.

La *Psilocybine* est extrêmement soluble dans les acides ou les alcalis dilués. Le spectre ultra-violet présente le caractère d'un indol substitué dans l'anneau du benzène.

En revanche, à partir de la zone chromatographique mince, on peut obtenir de faibles quantités de substances que les chimistes ont appelées *Psilocine*. Le spectre ultra-violet est différent de celui de la *Psilocybine*.

Ces deux produits se révèlent avoir la même action que le champignon lui-même. La Psilocybine, et accessoirement la Psilocine, sont les deux principes actifs des champignons hallucinogènes du Mexique.

II. - L'extraction de ces principes actifs a été faite au début sur le Psilocybe Mexicana Heim. Par la suite, Hofmann a pu mettre en évidence leur présence dans les autres espèces de champignons hallucinogènes, en particulier les Stropharia Cubensis. L'analyse chromatographique sur papier s'avérait suffisante. Enfin, la détermination quantitative de Psilocybine existant dans les différentes espèces hallucinogènes a pu être faite.

Le tableau suivant rassemble les teneurs en principe actif des divers Agarics hallucinogènes.

<i>Espèce</i>	<i>Origine</i>	<i>Teneur en %</i>	
		<i>Psilocybine</i>	<i>Psilocine</i>
Psilocybe Mexicana Heim	Mexique	0,10-0,25	0,02-0,25
Psilocybe Caerulescens	«	0,20	0
Var. Mazatecorum Heim			
Psilocybe Zapotecorum Heim			
Psilocybe Aztecorum Heim	«	0,05	0
Psilocybe Semperviva Heim et Cailleux	«	0,02	0
Psilocybe Wassonii Heim	Mutation apparue en culture	0,30-0,60	0,07-0,10
Stropharia cubensis Earle	Mexique	0,01-0,02	0,00-0,01
	Mexique	0,01-0,40	0,05-0,25
	Thaïlande	0,08-0,50	0,05-0,15
	Cambodge	0,08-0,20	0,00-0,05

Par contre, deux analyses chromatographiques du Psilocybe Yungensis, espèce lignicole ayant des propriétés hallucinogènes, n'ont permis de déceler ni psilocybine, ni psilocine.

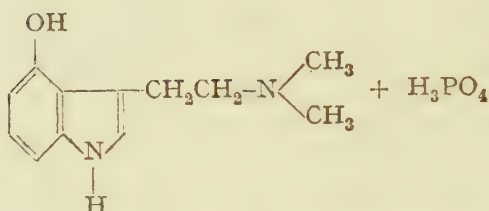
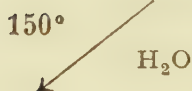
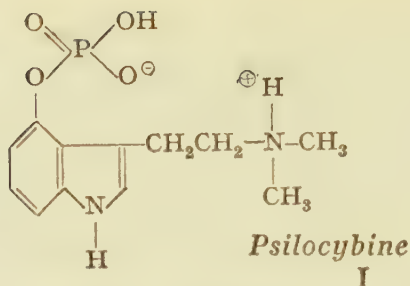
B. — DÉTERMINATION DE LA STRUCTURE ET SYNTHÈSE DE LA PSILOCYBINE

Elles furent réalisées par A. Hofmann, A. Frey, H. Ott, Th. Petrzilka et F. Troxler (68 et 69).

La formule brute est la suivante $C_{12}H_{17}O_4N_2P$.

Elle put être déterminée par les essais de dégradation et les analyses élémentaires. Ces études permirent également d'en connaître la formule développée.

Ainsi, si l'on sature de CO_2 une solution aqueuse de Psilocybine (1) pour en éliminer l'oxygène de l'air, et que l'on chauffe en tube scellé à 150° durant 1 heure, la molécule se scinde en deux parties : 1 molécule d'acide phosphorique et un composé II qui, par analyse chimique et spectrale s'est révélé être le 4-hydroxy-diméthyltryptamine..



4 *Hydroxy-diméthyl-tryptamine*
II

A partir de la benzyloxy-4-indole, A. Hofmann a obtenu par la méthode au chlorure d'oxalyle, le 4-hydroxy-diméthyl-tryptamine identique au produit d'hydrolyse de la Psilocybine déphosphorylée.

Ainsi la Psilocybine est le premier corps indolique phosphorylé que l'on ait trouvé dans la nature.

C. — DÉTERMINATION DE LA PSILOCINE

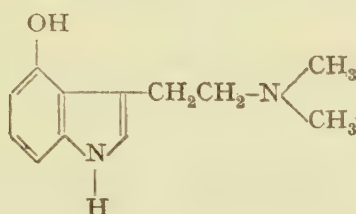
L'identification de la Psilocine fut publiée ultérieurement par A. Hofmann et F. Troxler (71).

A côté de la Psilocybine, ces auteurs avaient remarqué la présence, à l'état de trace, d'un autre corps chimique (bande très mince, d'un bleu franc lors de la réaction de Keller). Grâce à une quantité plus importante de champignons séchés, les auteurs ont pu isoler ce nouveau produit.

Celui-ci s'est avéré avoir les mêmes propriétés physiques, chimiques et spectrales que le 4 hydroxy-diméthyl-tryptamine. Ce corps, appelé Psilocine est donc identique au produit de déphosphorylation de la Psilocybine. Il s'agit également d'un produit ayant une action hallucinogène.

La Psilocybine et la Psilocine qui contiennent toutes deux un noyau indolique, représentent un nouvel exemple de l'importance de la structure indolique dans les composés d'effet psychotrope. A. Hofmann et ses collaborateurs font ainsi remarquer que par leur structure, ces

substances sont étroitement apparentées à des dérivés naturels de l'Hydroxytryptamine jouant un rôle biochimique important tels que la Sérotonine (hydroxy-5-tryptamine) nous reviendrons plus tard sur ce fait important — la Bufoténine (hydroxy-5-diméthyltryptamine) —



Psilocine

la Bufoténidine. Comme dérivés de la tryptamine, elles sont en outre apparentées aux alcaloïdes indoliques d'action psychotrope tels que : Tabernanthine, Harmine, Réserpine.

La Psilocybine et la Psilocine sont particulièrement proches de la Diéthylamide de l'acide lysergique (LSD 25) dont l'activité psychodysléptique existe pour des doses très faibles. Ces corps ont tous trois un noyau indol substitué en 4.

Enfin l'isolement de la Psilocine, qui a une action psychotrope analogue à celle de la Psilocybine, démontre que la phosphorylation du noyau indolique ne joue aucun rôle dans les propriétés de ce corps.

EFFETS DE LA PSILOCYBINE

CHEZ L'ANIMAL

Etude pharmacologique

La Psilocybine se présente sous forme d'une poudre blanche, soluble dans l'eau, qui peut être injectée à l'animal par toutes les voies (sous-cutanée, intra-musculaire et intra-veineuse).

Nous allons rapporter ici l'étude faite par A. Cerletti (7). Elle est elle-même basée sur les travaux effectués par W. Doepfner, H. Konzett, W.-R. Schalch, M. Taeschler et H. Weidmann (102).

I. — TOXICITÉ

L'étude toxicologique est encore restreinte. Toutefois, la Psilocybine semble posséder une toxicité assez faible. Chez la souris, l'injection I.V. de 200 mg/kg ne provoque aucune mortalité, et celle de 250 mg/kg ne fait mourir qu'une petite partie des animaux. Dans cette espèce, la Psilocybine est donc beaucoup moins toxique que la bufoténine par exemple dont la D.L. 50 par voie intra-péritonale est de l'ordre de 25 à 30 mg/kg.

II. — EFFETS SUR LES ANIMAUX EVEILLÉS

a) Comportement moteur spontané

« Des doses inférieures à 10 mg/kg (sous-cutanée) chez la souris, ou à 1 mg/kg intra-veineuse chez le lapin, ne provoquent aucune modification du comportement. Nous mesurons l'activité motrice de la souris en enregistrant le nombre d'interruptions d'un rayon lumineux traversant la cage : à l'aide de cette méthode, nous avons mis en évidence une diminution de l'activité après injection sous-cutanée de 10 à 15 mg/kg de Ps. ». Chez le lapin, une sédation modérée s'observe après l'injection intra-veineuse de 1 à 3 mg/kg. Quelques essais d'administration orale chez le singe ont donné des résultats analogues : des doses de 0,1 à 5 mg/kg n'ont aucun effet sur la motricité, tandis que 10 mg/kg produisent une sédation modérée.

b) Autres manifestations motrices

Le seuil des convulsions électriques ou pentetrazoliques chez la souris, de même que le type général de ces deux réactions, ne sont pas nettement altérés par la Psilocybine. Au contraire, dans le test de la plaque chauffante, la substance abrège régulièrement le temps de latence s'écoulant entre le moment où les souris sont posées sur la plaque de cuivre chauffée à 50°C, et le moment des premières réactions nociceptives.

c) Effets sur l'électro-encéphalogramme

L'enregistrement de l'EEG chez le lapin curarisé montre, sous l'effet de 1 à 2 mg/kg de Psilocybine intra-veineuse, un rythme régulier de 4 à 5 c/sec. de faible voltage avec une disparition pratiquement complète des ondes lentes et des fuseaux.

e) Effets liés au système neuro-végétatif

Certains des effets les plus nets de la Psilocybine sont à ranger dans cette catégorie. Chez la souris, espèce peu sensible à cette substance, il faut au moins 10 mg/kg sous-cutanés pour produire une dilatation pupillaire et une pilo-érection. Chez le lapin, des doses beaucoup plus faibles suffisent à provoquer une mydriase, une accélération cardiaque et respiratoire, ainsi qu'une hyperthermie modérée mais significative. En répétant quotidiennement les injections de Psilocybine, on n'a observé aucun signe d'accoutumance sur la courbe thermique. Par contre, la Psilocybine s'est montrée inactive chez des lapins devenus tolérants à l'effet pyrogène du LSD 25, à la suite de l'administration quotidienne de cette dernière substance. La Psilocybine provoque également une légère hyperglycémie chez le lapin, mais seulement à des doses égales à 3 mg/kg.

III. — EFFETS SUR LES ANIMAUX ANESTHÉSIÉS

a) Réflexes médullaires

Ils ont été étudiés chez le chat intact et chez le chat spinal. Les réflexes monosynaptiques et polysynaptiques sont en général renforcés. Toutefois, à des doses fortes, le réflexe polysynaptique est ordinairement inhibé. Les doses de Psilocybine suffisantes pour modifier les réflexes médullaires étant dépourvues d'effet sur la contraction musculaire produite par stimulation directe du nerf moteur correspondant, on peut conclure à un point d'attaque situé au niveau de la moelle.

b) Système cardio-vasculaire

L'effet cardio-vasculaire a été étudié chez le chien ou le chat anesthésiés. Des doses faibles suffisent pour entraîner des modifications ; toutefois alors, l'effet qualitatif est variable d'une espèce à l'autre. Tandis que chez le chien on observe une hypotension et une tachycardie, chez le chat on observe une hypertension associée à une bradycardie. Il paraît y avoir diminution active du flux sanguin rénal chez le chien, augmentation active de ce flux chez le chat. Cette action hypertensive produite chez le chat intact est plutôt atténuée chez le chat spinal. De plus, chez cet animal, des doses élevées de Psilocybine provoquent une baisse tensionnelle. Ces deux derniers faits plaident en faveur de l'origine centrale de l'hypertension artérielle du chat.

Des essais sont en cours à l'heure actuelle pour séparer, dans ces mécanismes d'action très complexes, l'importance relative des mécanismes périphériques centraux et réflexes qui entrent en jeu dans l'action de la Psilocybine sur le système circulatoire.

On constate accessoirement, au cours de ces études, que la Psilocybine provoque régulièrement la contraction de la membrane nictitante du chat anesthésié.

IV. — EFFET SUR LES ORGANES ISOLÉS

L'action de la Psilocybine à des concentrations allant jusqu'à 10^{-5} a été testée sur la vésicule séminale, le duodénum et l'oreillette du cobaye, ainsi que sur l'utérus de rate. Un effet significatif n'a été observé sur aucune de ces préparations. Aucun antagonisme spécifique à l'égard des effets typiques de l'adrénaline, de l'acétylcholine, de l'histamine et de la nicotine sur ces organes n'a pu être mis en évidence. Par contre, un net effet inhibiteur à l'égard de la sérotonine a été constaté sur l'utérus de rate. A cet égard, la Psilocybine est cependant 80 à 100 fois moins puissante que le LSD 25, dont la forte activité anti-sérotonine est bien connue. L'effet anti-5-HT de la Psilocybine est du même ordre de grandeur que celui de divers dérivés indoliques, tels que la Medmaïne.

A. Cerletti résume ainsi ces diverses actions :

« Bien que dépourvue d'une activité notable sur les structures périphériques, la Psilocybine produit chez l'animal entier une série d'effets neuro-végétatifs très marqués : dilatation pupillaire, pilo-érection, tachycardie, tachypnée, élévation thermique, hyperglycémie, élévation de la pression sanguine, contraction de la membrane nictitante... La plupart de ces effets paraissent dus à une stimulation centrale affectant spécialement le système sympathique. Le tracé d'éveil enregistré à l'EEG ainsi que le renforcement des réflexes médullaires invoquent généralement un point d'attaque central. Contrastant avec ces constatations, la motricité des animaux d'expérience n'est pas exaltée, mais plutôt diminuée. »

Dans une étude plus récente, M. Monnier (87) complète ces investigations par une analyse électrophysiologique de l'action de la Psilocybine sur le cerveau du lapin. Ses conclusions sont les suivantes :

« L'étude électro-physiologique révèle que l'action excitante de la Psilocybine est moins imputable à l'activation du système réticulaire d'éveil qu'à une dépression du système médio-thalamique recrutant de détente, antagoniste du système réticulaire. Par cette propriété, la Psilocybine se rapproche de la caféine. La localisation mesodiencephalique de son action est confirmée par la persistance du syndrome d'éveil EEG chez l'animal décérébré. »

M. Monnier compare ensuite l'action de la Psilocybine à celle

— *de la 5 Hydroxytryptamine* : de cette comparaison, il ressort un antagonisme central partiel entre ces deux produits, surtout pour ce qui concerne l'action sur le système réticulaire et le paléo-cortex hippocampique.

— *du LSD* : l'action de la Psilocybine, malgré certains effets végétatifs semblables, diffère de celle du LSD qui active sélectivement le système réticulaire.

Enfin, J. Delay, J. Thuillier, H. Nakajima et M.C. Durandin (26) font également une étude comparative de l'action de la Psilocybine avec celle des mono-éthylamides (LAE) et diéthylamides de l'acide lysergique (LSD 25) sur les souris normales et les souris I.D.P.N.

La Psilocybine entraîne des modifications du comportement analogues à celles que produisent les deux autres substances, mais son action est plus précoce sur la composante motrice, et les troubles neuro-végétatifs sont bien moins importants. De plus, une excitabilité

vis-à-vis des stimuli nociceptifs ainsi qu'une vigilance accrue, semblent se développer plus intensément avec la Psilocybine.

Enfin, les auteurs comparant les doses minimales qui provoquent des troubles du comportement chez l'animal et les doses minimales qui entraînent chez l'homme des manifestations psychiques, retrouvent pour le LSD 25 et la Psilocybine des rapports assez identiques, ce qui « démontre une fois de plus l'intérêt des confrontations cliniques et expérimentales. »

EFFETS DE LA PSILOCYBINE CHEZ L'HOMME

Depuis juillet 1958, nous avons pu disposer sur la demande de M. le Professeur Heim et grâce à l'obligeance des Laboratoires Sandoz de Bâle, de Psilocybine présentée soit en comprimés, soit en solution injectable. Nous avons entrepris d'en explorer systématiquement les effets somatiques et psychiques.

Dès le début de notre expérimentation, nous savions que cette drogue correspondait à l'un des principes actifs des Champignons hallucinogènes du Mexique. Secondairement et accessoirement, nous avons utilisé la Psilocine. Les rites religieux du Mexique et les auto-expériences de R. Heim, A. Brack et R. Cailleux nous avaient appris que la Psilocybine était capable de créer une psychose expérimentale.

Nous avons mené parallèlement notre expérimentation sur des sujets normaux volontaires et sur des malades mentaux. Cette double étude s'est avérée indispensable : en effet, les sujets normaux, plus aptes à l'introspection sous l'action de la drogue, nous ont permis une étude symptomatologique plus précise. En revanche, chez les malades mentaux, à la séméiologie spécifique de l'intoxication par la Psilocybine, s'ajoutent des modifications du tableau clinique initial dont l'intérêt est souvent grand pour le psychiatre.

Les premières observations chez l'homme ont été rapportées par M. le Professeur J. Delay et ses collaborateurs à la Première Réunion Internationale de Neuro-Psychopharmacologie à Rome, en septembre 1958 (Premiers essais de la Psilocybine en psychiatrie (19), et à l'Académie des Sciences en octobre de la même année (20). En 1959, des communications ultérieures parurent dans le traité de R. Heim et R.-G. Wasson sur les Champignons Hallucinogènes du Mexique (21), dans les Annales Médico-Psychologiques (22, 23), et dans la Presse Médicale (24-25). A l'étranger, Von F. Gnirss (39), von W. Rümmele en Suisse (93), Harris Isbell aux U.S.A. (80) étudient certains aspects de l'intoxication par la Psilocybine.

*
* *

LES CONDITIONS DE NOTRE EXPERIMENTATION

Notre étude rassemble les résultats que nous avons pu obtenir depuis le début de l'expérimentation de la Psilocybine faite dans le service de notre Maître, le Professeur J. Delay. Elle porte actuellement sur 101 sujets dont 92 normaux volontaires et 72 malades. Certains d'entre eux ayant renouvelé leur expérience, nous avons réuni 114 protocoles, soit 34 pour des sujets normaux, 80 pour des sujets malades.

— Parmi les SUJETS NORMAUX : 24 hommes et 5 femmes, la plupart entre 25 et 35 ans, tous possédant un niveau socio-culturel moyen ou supérieur.

La drogue a toujours été administrée par voie orale.

Les quantités employées ont été les suivantes :

<i>Nombre de protocoles</i>	<i>Dose</i>
1	5 mg
1	6 à 7 mg
16	10 mg
2	11 mg
1	12 mg
1	14 mg

Dose moyenne : 10 mg

Au total, seuls 32 protocoles sur 34 sont utilisables : en effet, dans l'une de nos expériences réalisée dans un but d'étalonnage avec une dose de 1 mg, l'effet fut nul ; dans l'autre cas, l'absence d'observateur nous priva du protocole. Signalons que les doses utilisées ne sont que très approximativement proportionnelles au poids du sujet. Ceci nous interdit d'établir une relation entre les effets de la Psilocybine et la constitution physique du sujet, ainsi qu'ont tenté de le faire David Landy et Alberto Dimasio avec le LSD 25 (9).

— Le groupe des 72 MALADES (64 femmes et 8 hommes) nous a permis de réaliser 80 épreuves. Mais nous n'utiliserons en réalité pour notre étude clinique que 68 protocoles, correspondant à l'observation de 61 malades, en raison des mauvaises conditions d'examen dans les autres cas.

L'âge de ces malades varie de 16 à 66 ans, comme on peut s'en rendre compte par le tableau suivant :

<i>Age</i>	<i>Nombre</i>
10 à 20 ans	5
20 à 30 ans	21
30 à 40 ans	17
40 à 50 ans	10
50 à 60 ans	7
60 à 70 ans	1

Ces sujets ont un niveau socio-culturel très variable, mais dans l'ensemble bien inférieur à celui des sujets normaux.

Leur niveau intellectuel est variable, le quotient intellectuel s'éta-geant de 70 à 130.

Il s'agit de sujets présentant des affections neuro-psychiatriques diverses (psychoses, névroses, déséquilibre, maladies organiques...).

Le début apparent des troubles mentaux est plus ou moins récent suivant les malades.

L'épreuve de la Psilocybine leur est présentée soit comme un moyen de libération, soit comme un examen complémentaire nécessaire au diagnostic.

La Psilocybine fut prescrite au début « per os » mais très vite, l'action plus rapide obtenue par voie sous-cutanée et par voie intra-musculaire nous ont fait préférer l'administration parentérale.

<i>Dose</i>	<i>Per os</i>	<i>S/C</i>	<i>IM</i>
6 mg	2	2	..
7 mg	2	1	1
8 mg	2	1	5
9 mg . . . . .	.. . . .	.. . . .	30
10 mg	12	4	1
11 mg . . . . .	.. . . .	.. . . .	..
12 mg . . . . .	.. . . .	.. . . .	1
13 mg . . . . .	.. . . .	.. . . .	..
14 mg	1 . . . . .	.. . . .	..
15 mg . . . . .	.. . . .	.. . . .	1

D'après ce tableau, les doses moyennes employées sont les suivantes :

Per os	9,26 mg
Voie sous-cutanée	8,36 mg
Voie intra-musculaire	9,07 mg

Dans deux cas, nous avons utilisé la Psilocine à raison de 10 mg per os.

Nous devons ajouter qu'en général l'épreuve de la Psilocybine est faite avant l'installation d'une thérapeutique. Lorsqu'il s'agit d'un malade déjà traité, nous avons pris soin d'interrompre toute médication dans les jours précédents. Toutefois, au début de notre expérimentation, où de telles précautions n'avaient pas été observées, se trouvèrent réalisées fortuitement des associations médicamenteuses (tranquillisants mineurs, neuroleptiques). L'action de la drogue fut alors considérablement modifiée. Nous reviendrons ultérieurement sur ces cas particuliers.

Telles sont les conditions dans lesquelles nos recherches ont été effectuées. Nous allons tenter maintenant de dégager les résultats acquis.

Nous exposerons successivement :

1° Les *effets somatiques* obtenus chez les *sujets normaux* et chez les *malades*. Nous analyserons également dans ce chapitre les résultats des études biologiques et électro-encéphalographiques pratiquées sur les sujets malades.

2° Les *effets psychiques* observés chez les *sujets normaux* et les modifications psychométriques liées à la drogue.

3° Les *effets psychiques* observés chez les *malades mentaux*.

A. — EFFETS SOMATIQUES

L'ensemble des effets somatiques tant chez les sujets normaux que chez les malades mentaux est exposé schématiquement dans le tableau I.

Nous allons étudier les différents symptômes constatés que nous avons groupés en trois syndromes principaux ; ce classement est certes un peu artificiel, mais il rend l'exposé plus commode.

Nous décrirons successivement :

- 1° Les effets neuro-végétatifs ;
- 2° Les troubles généraux ;
- 3° Les troubles neurologiques.

I. — Effets neuro-végétatifs

L'étude pharmacologique de la Psilocybine a mis en évidence l'action neuro-végétative très marquée de cette drogue. Aussi, dans notre expérimentation, nous sommes-nous attachés à faire une étude systématique des modifications éventuelles du diamètre pupillaire, du pouls, de la tension artérielle et du rythme respiratoire.

1°) Modifications du diamètre pupillaire

Elles sont presque une constante, puisqu'elles peuvent être observées dans 97 % des cas. Précoces, elles surviennent 1/4 d'heure à 1/2 heure après l'administration de la Psilocybine. Il s'agit en général d'une mydriase (89 %) qui peut persister plus de 24 heures. Elle est légèrement plus fréquente chez le sujet normal (94 %) que chez le malade (86,5 %).

Exceptionnellement, on observe au contraire un myosis (2 %). Chez 6 malades, il y a eu, au cours même de l'expérience, alternance de myosis et de mydriase. Enfin, le diamètre pupillaire est resté inchangé dans 3 % des cas : encore faut-il signaler que dans l'un de ces cas, le sujet présentait une mydriase certaine avant le début de l'expérience.

2°) Le pouls

Les modifications du pouls sont, elles aussi, une constante (98 % des cas).

Il est important de noter qu'une bradycardie se manifeste dans 52 % des cas (56 % des sujets normaux, 50 % des malades). Habituellement modérée (on constate une diminution de 10 à 20 pulsations par minute), elle est parfois plus marquée : chez l'un de nos sujets, le nombre de pulsations passe de 96 à 66 par minute.

Parfois, on note au contraire une tachycardie (17 %). Elle se retrouve plus fréquemment chez des malades (19 %) que chez les sujets normaux (13 %). Elle s'accompagne le plus souvent d'une réaction anxieuse.

TABLEAU I

**COMPARAISON DES EFFETS SOMATIQUES
CHEZ LES SUJETS NORMAUX ET LES MALADES**

		Normaux		Malades		% global
		Nom- bre	%	Nom- bre	%	
Pupille	augmentée	30	94	57	86,5	89
	diminuée	1	3	1	1,5	2
	variable	0	0	6	9	6
	identique	1	3	2	3	3
Pouls	augmentée	18	56	13	19	17
	diminuée	4	13	34	50	52
	variable	10	31	19	28	29
	identique	0		2	3	2
Tension artérielle	augmentée	9	28	18	27	27,6
	diminuée	11	34	22	34	33,6
	variable	7	22	20	30	27,6
	identique	5	16	6	9	11,2
Congestion faciale		24	75	47	69	71
Pâleur		3	9	1	1,5	4
Congestion des mains		13	41	7	10	20
Sueurs		13	41	15	22	28
Cyanose		3	9	8	12	11
Sensation de chaleur		10	31	11	16	21
Sensation de froid		11	34	13	19	24
Respiration	augmentée	9	45	10	23	29,7
	diminuée	4	20	15	34	29,7
	variable	2	10	7	16	21,8
	identique	5	25	12	27	18,8
Asthénie		24	75	18	26	42
Somnolence		18	56	23	34	41
Bâillements		10	31	10	15	20
Nausées		14	44	6	9	20
Douleurs abdominales		8	25	3	4	11
Salivation	augmentée	2	6	1	1,5	3
	diminuée	2	6	9	13	11
Faim	augmentée	5	16	6	6	9
	diminuée	6	19	2	3	8
Soif	augmentée	9	28	5	7	14
	diminuée	3	9	1	1,5	4
Diurèse		5	16	1	1,5	6
Réflexes	augmentés	26	80	43	68	72,6
	diminués	2	6	11	18	14,7
	identiques	4	13	9	14	13,7
Vertiges		13	41	17	25	30
Démarche ébrieuse		12	38	2	3	14
Signe de Romberg		6	19	9	13	15
Dysmétrie		6	19			
Tremblements		8	25	13	19	21
Soubresauts musculaires		4	13	3	4	7
Sensibilité	hyperesthésie	8	25	6	9	14
	hypoesthésie	2	6	2	3	4
Fourmillements		9	28	6	9	15
Engourdissements		13	41	7	10	20
Céphalée		15	47	10	15	25
Brouillard devant les yeux		5	16	10	15	15
Troubles du goût		5	16	0	0	5
Dysarthrie		16	50			

Dans 29 % des cas (31 % chez les sujets normaux, 28 % chez les malades), on note des variations du rythme cardiaque au cours de l'épreuve. Ces variations sont en général peu importantes. Cependant, il est à noter que l'instabilité du pouls accompagne le plus souvent des perturbations psychiques très importantes.

Enfin, on ne note aucune modification du pouls dans quelques cas très rares (3 % des sujets malades, 0 % des sujets normaux).

Signalons que Von Gnirss (39), étudiant l'effet de la Psilocybine chez les sujets normaux, note, lui aussi, l'action bradycardique du produit, tandis que H. Isbell (80), expérimentant sur 9 noirs américains anciens toxicomanes, signale une tachycardie presque constante.

3° La tension artérielle

Les modifications sont également très fréquentes (89 %) mais difficiles à systématiser.

Il s'agit tantôt d'une hypotension isolée (34 %), tantôt d'une hypertension (27,5 %). Il n'y a pas alors de différence notable entre sujets normaux et sujets pathologiques.

Par contre, l'instabilité tensionnelle (27,5 % des cas) est plus fréquente chez les malades (30 %) que chez les volontaires (22 %).

La tension artérielle enfin peut même demeurer inchangée durant toute l'expérience.

Notons que, dans l'ensemble, il y a corrélation entre l'hypotension et la bradycardie.

Von W. Rümmele (93), Von F. Gnirss (39) et H. Isbell (80), ont insisté sur la fréquence de l'hypertension artérielle. Dans notre étude qui porte sur un plus grand nombre de sujets, l'hypotension nous paraît être, au contraire, un peu plus fréquente que l'hypertension.

4° Troubles vaso-moteurs

a) La *congestion faciale* est un symptôme très précoce ; elle est souvent même le premier signe objectif, précédant légèrement la mydriase.

Elle apparaît chez 75 % des sujets normaux et 69 % des malades.

Exceptionnellement, on remarque au contraire une pâleur du visage.

b) La congestion faciale peut être un symptôme isolé, ou à l'opposé, s'accompagner de *congestion des mains* (20 %), et de *sueurs* (28 %). Ce sont les sujets normaux qui présentent le plus fréquemment ces deux derniers symptômes.

c) La *cyanose* des mains et de la face s'observe dans 11 % des cas.

d) Des sensations subjectives de *chaleur* (21 %) ou de *froid* (24 %) sont également à relever. Tantôt les sujets nous signalent l'un ou l'autre de ces symptômes, tantôt ces troubles alternent chez un même sujet.

Ces sensations peuvent être parfois très intenses, nécessitant par exemple, en plein été, l'adjonction d'une ou plusieurs couvertures. Elles sont associées ou non à des troubles vaso-moteurs objectifs importants.

5° Rythme respiratoire

Les modifications du rythme respiratoire sont fréquentes (81 %).

on note tantôt une accélération du rythme (29,7 %) plus fréquente chez les volontaires, tantôt un ralentissement (29,2 %) plus fréquent chez les sujets malades ; parfois la respiration est irrégulière (21,8 %) avec des pauses et des soubresauts.

6° Nous ne nous sommes pas attachés à relever les modifications de la *température rectale*. L'augmentation de celle-ci est indiquée comme fréquente par H. Isbell (80).

II. — Troubles généraux

A côté des symptômes neuro-végétatifs pratiquement constants, la Psilocybine est responsable de perturbations d'ordre général, ressenties par le sujet comme des troubles plus ou moins désagréables.

1° *L'asthénie*

Elle s'observe dans 42 % des cas. Nous remarquerons d'abord qu'elle est signalée bien plus souvent par les sujets normaux (24, soit 75 %) que par les malades (18, soit 20 %) ; ceci ne peut surprendre, car chez ces derniers, l'asthénie est fréquemment l'un des symptômes préexistant à l'épreuve, si bien que, lors de celle-ci, le malade omet de nous signaler ses variations.

Tantôt il s'agit simplement d'une sensation d'affaiblissement, d'amollissement, tantôt au contraire elle est très marquée, obligeant le sujet à s'étendre et même à rester couché pendant toute la durée de l'épreuve.

Le plus souvent, l'asthénie se manifeste dès le début de l'expérience. Elle coexiste avec un relâchement musculaire global : les traits sont tirés, les muscles ont perdu leur « tonus » normal. Tout ceci est particulièrement net au niveau du visage et frappe d'emblée l'observateur.

La sensation de fatigue peut persister durant 24 heures, parfois plus longtemps. Elle est restée accusée pendant plus de 8 jours chez l'un de nos sujets, gênant ses activités physiques et intellectuelles. Toutefois, dans certains cas, il peut exister une période relativement courte d'asthénie intense, survenant au bout de plusieurs heures d'expérience, et cessant rapidement.

2° *La somnolence*

Symptôme relativement fréquent, elle s'observe dans 41 % des cas :
chez 18 sujets normaux (56 %),
chez 23 sujets malades (34 %).

Souvent d'apparition très précoce, elle présente une durée variable. Parfois, et souvent au début de l'expérience, se produisent des phases de véritable sommeil. A plusieurs reprises, cette somnolence a coïncidé avec une congestion faciale.

3° *Les bâillements*

Tantôt isolés, tantôt associés à la somnolence ou aux troubles digestifs, ils ont été notés dans 20 % des cas.

4° *Quant aux troubles digestifs*

Ils sont relativement fréquents : il peut s'agir de nausées, signe le plus habituellement observé (20 %) et le plus précoce, de banales

éructations, de brûlures gastriques, de douleurs abdominales à type de coliques (11 %), et d'apparition plus tardive.

De ces troubles digestifs extrêmement variables dans leurs manifestations, nous rapprocherons les modifications de la salivation : 11 de nos sujets nous ont signalé une sécheresse de la bouche, alors que l'hypersialorrhée n'a été observée que 3 fois.

5° *Faim ; soif.*

Si certains sujets se sont plaints d'une sensation de faim (9 %), de soif (14 %), d'autres au contraire (8 %) nous ont signalé une diminution de l'appétit.

6° *Diurèse*

Signalons enfin des modifications de la diurèse, en règle augmentée. Cette perturbation semble en relation étroite avec la réaction anxieuse du sujet lors de l'expérience.

III. — *Troubles neurologiques*

Outre les manifestations objectives qui ont donné lieu à une recherche systématique au cours de chacune des épreuves, les troubles neurologiques comprennent un certain nombre de symptômes subjectifs signalés spontanément par le sujet ou retrouvés par l'interrogatoire : pour ces derniers, les statistiques ne peuvent avoir qu'une valeur relative.

1° *Les réflexes ostéo-tendineux*

L'étude quasi-systématique des réflexes rotuliens au cours des différents moments de l'expérience met en évidence la fréquence de leur modification.

Le plus souvent (dans 72,6 % des cas, soit 69 sujets sur 95), ils sont exagérés, mais on n'observe ni polycinétisme, ni diffusion. Cette hyper-réflexivité est plus fréquente chez les sujets normaux (80 %, soit 26 sujets sur 32) que chez les malades (68 %, soit 43 malades sur 63).

A l'opposé, nous n'avons constaté une diminution de la réflexivité que dans 14,7 % des cas.

Parfois, enfin, aucune modification n'a été relevée (13,7 %).

2° *Motricité*

Son étude est difficile en raison de l'asthénie, de la somnolence et des troubles psychiques. Toutefois, nous n'avons jamais relevé de symptômes déficitaires non plus que d'autres signes pyramidaux.

3° *Équilibration - coordination*

Parmi les troubles de l'équilibration et de la coordination, les sensations vertigineuses sont au premier plan : signalées dans 30 cas, elles sont nettement plus fréquentes chez les sujets normaux (41 %, soit 13 sujets) que chez les malades (25 %, soit 17 malades). Il ne s'agit jamais de vertige vrai avec sens rotatoire défini.

Parfois, à ces troubles sont associées quelques secousses nystagmiformes.

Nous avons pu également noter, dans 15 % des cas, l'installation d'un syndrome d'incoordination motrice avec démarche ébrieuse. La

présence d'oscillations à la station debout (signes de Romberg) se retrouve dans 15 % des cas. Toutefois, il n'y a pas coïncidence complète entre la démarche ébrieuse et l'existence du signe de Romberg.

La dysmétrie est rare : elle est alors très discrète.

En revanche, dans 21 % des cas, nous avons constaté un tremblement : l'amplitude et le rythme en sont variables, évoquant tantôt le tremblement Basedowien, tantôt un tremblement toxique. Assez fréquemment, un tremblement spontané de type émotif existait avant le début de l'expérience : il a disparu sous l'effet de la drogue.

Signalons également la possibilité de soubresauts musculaires (7 % des cas) localisés à un groupe musculaire variable selon le sujet : ce signe a pu persister pendant plus de 24 heures.

Nous reviendrons par la suite sur l'importance qu'il convient d'accorder aux perturbations labyrinthiques dans la genèse d'un certain nombre de troubles psycho-sensoriels.

4° Troubles de la sensibilité objective

Ils n'ont été observés que dans 18 % des cas. Ils se traduisent essentiellement par des modifications hyperesthésiques (14 %). C'est ainsi qu'un sujet ne pouvait supporter sur sa peau le contact d'aucun tissu ni d'aucun objet : tout frôlement était ressenti désagréablement.

5° Troubles de la sensibilité subjective

Habituellement éphémères et variables dans leurs aspects, ils sont relativement fréquents. Il peut s'agir soit d'engourdissements (20 %), localisés aux extrémités des membres ou généralisés, soit de sensations de fourmillements (15 %).

6° De plus, nous avons pu observer un certain nombre de manifestations difficiles à classer, parce qu'elles se situent aux frontières des troubles neurologiques, des troubles psycho-sensoriels et des troubles neuro-végétatifs.

— Des *céphalées* s'observent dans 25 % des cas, plus fréquentes chez les sujets normaux (47 %), relativement plus rares chez les sujets malades ;

— Des troubles à type de *brouillard de la vue* sont signalés dans 15 % des cas : le mécanisme semble en être complexe ; ils peuvent être liés à la mydriase, à des troubles perceptifs et à des modifications neuro-végétatives.

— De même, nous constatons quelquefois la présence de troubles du *goût* (16 % des cas), à la fois d'ordre neurologique et psycho-sensoriel.

— L'interprétation pathogénique se révèle particulièrement délicate pour les troubles de l'*élocution* et de l'*écriture*. L'étude de cette dernière est souvent difficile, car fréquemment le malade refuse son concours par inertie psycho-motrice ou par désintérêt. Toutefois, dans les quelques cas où l'observation a pu être faite, l'incoordination motrice, le tremblement semblent être les facteurs essentiels de la déformation de l'écriture.

Les modifications de l'élocution prêtent également à discussion... Nous verrons lors de l'étude des troubles psychiques, que logorrhée ou au contraire mutisme sont fréquents. Cependant, des modifications plus purement neurologiques de la parole ont pu être notées, et nous avons constaté une dysarthrie plus ou moins nette chez 16 sujets normaux (soit 50 % des cas).

ETUDE BIOLOGIQUE

Il s'avère particulièrement difficile de faire une étude des modifications biologiques entraînées par la Psilocybine. En effet, celle-ci nécessite plusieurs dosages durant l'épreuve, c'est-à-dire plusieurs prises de sang. De tels examens modifient considérablement le mode de réaction observé et « arrêtent » la phase émotionnelle si intéressante pour l'étude psychopathologique.

Dans ces conditions, nous ne nous sommes pas attachés à faire une étude approfondie des perturbations biologiques provoquées par la Psilocybine chez l'homme.

Nous n'avons pratiqué ces épreuves que chez 4 sujets (4 psychoses de types divers). Nous avons toutefois dosé :

- la glycémie,
 - la kaliémie,
 - étudié la numération des leucocytes et des éosinophiles
 - avant l'expérience, et
 - 10'
 - 30'
 - 1 h
 - 2 h
 - 4 h
- } après l'injection intramusculaire de Psilocybine.

Nos résultats sont schématisés dans les tableaux suivants : II, III, IV, V.

Nous avons également dosé l'élimination des 17 céto-stéroïdes pendant les 24 heures qui précèdent et celles qui suivent l'injection. Mais il nous faut, là aussi, souligner les causes d'erreur lors de cette recherche dans un service de psychiatrie.

Etant donné le petit nombre de résultats, il est très difficile, voire impossible, de les interpréter.

TABLEAU II

Glycémie	Avant	10'	30'	60'	2 h	4 h
A	0.96	0.96	0.85	0.92	0.92	0.81
B	1.21	0.96	0.96	0.98	0.62	0.68
C	1	0.82		0.92	0.63	1.10
D	1.1	1.1	0.96	1.1	0.63	1

TABLEAU III

Kaliémie	Avant	10'	30'	60'	2 h	4 h
A	180	165	190	175	160	145
B	200	150	155	175	150	155
C	170	155		185	165	155
D	175	170	155	185	150	155

TABLEAU IV

Leucocytes	Avant	10'	30'	60'	2 h	4 h
A	6.340	6.000	5.180	5.800	3.280	6.080
B	9.200	9.080	9.000	9.160	7.680	11.560
C	10.760			8.800	9.360	12.080
D	4.820	4.760	4.220	4.340	3.800	2.440

TABLEAU V

Eosinophiles	Avant	10'	30'	60'	2 h	4 h
A	380	360	52	174	131	122
B	92	90	90	91	76	115
C	646			0	468	242
D	96	95	84	87	76	29

La Glycémie (tableau II) :

Elle est, en règle, diminuée, et nous avons noté que la courbe possède deux minima :

- le premier, 30' après l'injection.
- le deuxième, 2 heures après.

Cette hypoglycémie s'oppose à l'hyperglycémie retrouvée lors de l'intoxication à la Mescaline (M. Robert) (92), et au LSD 25 (Anderson et Rawnsley). Mais rappelons combien nos résultats prêtent à discussion...

La Kaliémie (tableau III) :

Dès les 10 premières minutes, elle était modifiée : on note, dans tous nos cas, une diminution de la kaliémie. Celle-ci persiste longtemps. Au dernier dosage, 4 heures après l'injection, la kaliémie est toujours très basse. Rappelons que la Mescaline provoque, elle aussi, une hypokaliémie (M. Robert) (92).

Modifications hématologiques

La numération des leucocytes (tableau IV) ne permet pas de montrer une modification d'un type constant, alors que la Mescaline provoque une augmentation importante de la leucocytose (M. Robert) (92).

Le nombre des éosinophiles subit une chute importante (tableau V). La courbe présente deux minima se situant 30' après l'injection et à la 4^e heure. Les modifications sont comparables à celles qui sont observées au cours de l'épreuve à la Mescaline (92).

Les dosages urinaires

Ils montrent tantôt une augmentation, tantôt une diminution de l'élimination totale des 17 céto-stéroïdes, dans les 24 heures qui suivirent l'injection de la Psilocybine. On sait que pour la Mescaline, ces perturbations sont également très variables.

Ainsi, bien que nos résultats soient peu utilisables en raison du petit nombre de sujets, nous pouvons toutefois remarquer qu'il semble se produire au cours de l'épreuve à la Psilocybine une hypoglycémie, une hypokaliémie et une diminution des éosinophiles.

Cette hypoglycémie mérite d'être soulignée, car elle s'oppose à l'effet déterminé par les autres psychodysléptiques sur le sucre sanguin.

ETUDE ELECTROENCEPHALOGRAPHIQUE

Elle a été réalisée, d'une part, chez les sujets normaux par Richter (91) à Bâle, d'autre part chez les sujets malades par G. et J. Verdeaux, au Laboratoire d'Electroencéphalographie de la Clinique (service du Professeur J. Delay).

Cette dernière étude a été faite chez 9 malades tantôt par la méthode polygraphique, tantôt par la méthode électroencéphalographique habituelle. De même que pour l'étude biologique, notre étude ne porte que sur un très petit nombre de malades, étant donné que tout examen paraclinique modifie considérablement l'épreuve à la Psilocybine.

Les premiers résultats de G. et J. Verdeaux ont déjà été rapportés dans la publication de J. Delay, P. Pichot et T. Lemperrière (24). La Psilocybine ne paraît pas entraîner de modifications sensibles du tracé.

De même, les tracés électroencéphalographiques pratiqués chez nos 9 malades, avant et durant l'intoxication à la Psilocybine, ne montrent pas de modifications particulièrement évidentes. Ainsi :

- Chez 3 sujets : pas de modification.
- Chez 2 sujets : le tracé est désynchronisé, mais les 2 malades présentent un état d'excitation traduisant un syndrome confuso-onirique rendant l'examen difficile.
- Chez 4 sujets : on constate une légère augmentation de la fréquence de l' α accompagnée de la disparition de bouffées d'ondes lentes pré-existantes.

Parmi ces 4 derniers cas, chez 2 de nos malades on a pu noter une légère asymétrie du tracé, traduite par l'apparition d'éléments légèrement pointus, mais il s'agissait de malades chroniques âgés de plus de 50 ans.

Cette étude a été faite uniquement chez des malades psychotiques, et aucun enregistrement n'a été fait chez des malades névrotiques.

Les modifications observées chez nos malades nous paraissent donc très minimes et peu susceptibles d'être systématisées. A l'opposé. Richter a pu constater une désynchronisation des tracés, mais il s'agissait alors de sujets normaux.

B. — EFFETS PSYCHIQUES CHEZ LES SUJETS NORMAUX

Les modifications psychiques liées à l'administration de la Psilocybine sont d'une diversité extrême. Toutefois, l'étude des différents protocoles montre une certaine unité réactionnelle du sujet normal, si bien que nous avons pu, dans un article antérieur, décrire la réaction habituelle de ce sujet. Nous n'avons pas voulu renouveler cette description, mais avant de faire une étude analytique de la symptomatologie, il nous a paru intéressant de publier quelques « auto-observations », rédigées par certains de nos sujets volontaires au lendemain de l'administration de la drogue. Ces expériences, choisies parmi les plus caractéristiques, mais profondément marquées par la personnalité du sujet, nous ont paru, dans leur diversité, riches d'enseignements.

I. — AUTO-OBSERVATIONS

Nous tenons spécialement à témoigner notre gratitude aux auteurs de ces observations, et à les remercier de leur coopération à notre travail.

Auto-observation n° 2

Absorption perlinguale de 10 mg à 11 h. 15 (il s'agit, chez le sujet, d'une deuxième expérience).

I. — Observation subjective

1) *Phase de latence* réduite à 1/2 heure au plus.

2) *Phase de somnolence et d'asthénie* : 1/2 h. à 3/4 h.

Lassitude envahissante. Besoin quasi irrésistible de s'étendre. Envie de dormir sans y réussir. Essai de se réveiller en marchant, mais la fatigue rend le mouvement pénible. Légère dysphorie.

3) *Phase d'ivresse pâteuse* (xilostomique) : 1 h. à 1 h. 1/4.

— L'évolution naturelle(?). Le protocole d'examen systématique et une sortie dans le jardin dissipent la somnolence tandis que l'asthénie régresse partiellement.

— Il persiste un malaise général, une céphalée frontale, un échauffement de la face et un certain degré d'obnubilation, quelques paresthésies de la bouche (engourdissement, impression de sourire forcé) et du cuir chevelu, tout à fait identiques aux suites d'alcoolisation massive.

— Quelques petits phénomènes ne rentrent pas dans ce tableau classique : une sensation bizarre de la paume de la main lorsque j'y passe le doigt, l'impression que donne une anesthésie locale incomplète ; l'impression de sentir passer l'air dans mon nez ; l'impression fugitive que ma voix est nasonnée (ce qui n'est pas perçu par l'interlocuteur).

— Lors de la promenade au dehors (vers 12 h. 30 - 13 h.), perception normale des objets et des personnes, mise à part la légère (et bien connue) altération de type éthylique.

— L'obnubilation s'atténue ensuite ; elle n'aura pas complètement disparu au début de la phase suivante.

4) Phase spécifique : trois heures environ :

Elle va se développer sous l'influence de la passation du Rorschach, mais en fait débute un peu avant lui. Alors que je n'attendais plus rien de nouveau, je suis frappé par la satisfaction profonde que me procure une reproduction de tableau au mur et même simplement la surface de la table.

La succession des planches m'entraîne peu à peu dans un « charme » dont j'accepterai mal la rupture. Les noirs et les gris deviennent beaux en eux-mêmes ; ils prennent parfois un relief inhabituel ; les blancs prennent souvent une sorte de profondeur ; ils sont le « vide », « l'espace » ; parfois je touche au rêve ; à quelques exceptions près (bleu de la planche IX en particulier), les couleurs me gênent plutôt, elles s'intègrent avec peine dans le charme. Autre fait : l'appétence à cligner des yeux ; je le fais d'abord par fatigue, puis je découvre combien cette position exalte l'effet esthétique, lui est même parfois indispensable ; je n'arrive bientôt plus à regarder normalement que par des efforts répétés de volonté ; je joue de différentes ouvertures des paupières ; c'est ainsi que j'arrive une fois (une seule) aux frontières de l'hallucinose : je vois distinctement dans le blanc (pl. IV) un tissu natté pour fond de broderie, je compterais presque les trames, mais l'effet disparaît à l'ouverture complète des yeux ; il ne se reproduira pas avec d'autres planches. Il y a en outre un « nourrissage » mutuel entre les images vues et la verbalisation que j'en fais ; les mots évoquent de nouvelles ondulations, de nouvelles jouissances que je m'efforce de décrire, et qui appellent de nouveaux mots ; la chaîne ne se ferme pas, car il n'y a jamais de mot adéquat : leur sens déborde l'image qu'ils veulent caractériser et entraînent ainsi d'autres images auxquelles ils ne suffisent plus.

Je suis toujours « dans le charme », je suis un peu agacé par le prosaïsme de l'examineur, ses soucis de tâcheron qui veut tout écrire et arrête mon élan par des questions ; il est décourageant comme un élève peu doué peut l'être pour un maître brillant. L'« indulgence résignée » finit par être mon attitude.

A la fin du test, il faut bien rompre le charme ; on parle de l'heure, c'est un choc ; je découvre que j'avais complètement oublié cette catégorie ; ma désorientation temporelle est nette, je ne serais pas étonné qu'il soit 5 heures (en fait, il est 14 h. 25). J'ai un vague engourdissement des jambes et des pieds.

Descente en bas pour l'examen physique. C'est une grande paix, une euphorie pacifique, béate, sans la moindre excitation, sans profondeur *thymique* ; ce n'est pas une joie.

Légère céphalée, pas de sensation de faim malgré l'heure ; faiblesse générale plutôt que fatigue, pas la moindre envie de bouger ; très détendu. Je ne suis ni éveillé, ni endormi, je suis dans une autre dimension.

Après l'examen, je reste sur le divan (14 h. 15 à 15 h. 15) ; je suis bien, tout est bien. Toutes les couleurs de la pièce sont douces et agréables ; les petits objets dans la vitrine sont pleins de douceur (douceur alors qu'en mon état normal je dirais fadeur). (La couleur n'est pas intense, mais elle est effectivement valorisée.) Le lapin me plaît. Je sens que je pourrais, sans grand effort, concentrer mon attention sur lui et ainsi m'attacher à lui. « Il pourrait gouverner ma vie par ce que je projeterais en lui ; il pourrait être méchant et tout serait méchant pour moi ; il pourrait être bon et protecteur et m'aimer » (écrit extemporané). Je m'amuse de la parenté que je

reconnais entre ma pensée et une pensée délirante. Je veux lire, j'ai l'impression que j'étreins toute la page d'un seul coup d'œil ; la typographie que je trouvais laide quelques heures auparavant est devenue fière et élégante. Je veux écrire, mon écriture est très lâche, j'ai l'impression qu'elle est automatique (N.B. - Aucun trouble objectif de coordination ou d'équilibre à ce stade).

Les doigts de ma main sont engourdis, un peu étrangers ; je les regarde et je joue comme un bébé à les remuer ; c'est très curieux d'avoir une main ; je sais que c'est moi qui fais jouer mes doigts et je les contemple comme quelque chose d'autre que moi, comme un jouet derrière une vitrine ; ce pourrait être tout aussi bien la main d'un autre. Je trouve un air de parenté entre ma main et le visage de ma mère et de ma sœur ; et il y a une harmonie entre eux et mon nom ; le N surtout leur va très bien, c'est une lettre qui occupe bien tout l'espace. Ce qui m'étonne, c'est qu'on puisse trouver un air de parenté entre une main, une lettre et un visage, pourtant cette parenté est évidente. Je m'amuse à prolonger l'intuition délirante.

Je n'écris que quelques rares notes au prix d'un gros effort, cela ne m'intéresse pas. Par contre, j'aime parler de ce que je sens et la présence d'autrui, d'une oreille complaisante, m'est agréable ; à elle de noter... !

Je sors dehors ; les couleurs des fleurs ne sont pas changées, mais elles sont aimables. Tout est doux, les rouges vifs sont vifs, mais ne sont pas agressifs. Dehors, les visiteurs qui s'en vont sont un peu comme des personnages de théâtre ; même deux qui passent près de moi ne me font pas un autre effet que des robots lointains ; ils sont d'ailleurs eux aussi toute douceur.

Rôle inducteur des stimulants : les couleurs marrons ne sont pas transformées non plus qu'une bordure de misérables fleurs mauves dont la laideur est toujours aussi pitoyable.

Il y a un remaniement des prégnances dans l'espace ; dehors, les humains n'étaient qu'un paysage ; sur les planches de Rorschach, j'aimais isoler des paysages complets ou des humains tout petits, lointains, agitant leurs jambes ou leurs armes comme des marionnettes, et je tenais les planches à bout de bras ; dans le bureau aussi, j'aimais le paysage de la vitrine. Il n'y avait que des paysages et des décors... mais les fleurs rouges des parterres sont très affectueuses et le lapin en peluche pourrait être tout-puissant.

Naturellement, tout cela est critiqué ; aucune de ces impressions n'est d'ailleurs bien intense, sinon l'impression globale de béatitude et de douceur ; elles s'estompent peu à peu. Vers 16 heures, en revoyant les planches du test, et en commentant mes expressions antérieures, je note l'impression d'avoir encore un bras dans le monde de la drogue et l'autre déjà dans le monde normal ; je suis celui qui peut comprendre deux univers à la fois. Vers 17 heures, il ne reste plus rien de la douceur ambiante. Persistance d'une douceur intérieure pendant quelques heures encore, avec une légère faiblesse et une discrète céphalée. Souvenir parfaitement clair de toute la séance.

Au total

Cette seconde expérience à haute dose n'a pas déclenché de phénomènes hallucinosiques francs ; par contre elle a permis d'éprouver un état d'étrangeté du monde, caractérisé par :

- une euphorie calme, béate ;
- un vécu de douceur de l'ambiance.

- une transmutation d'importance entre les différents éléments de cette ambiance ;
- une sensibilité esthétique et parfois affective très vive à certaines tonalités colorales (pas d'essai sur les stimuli auditifs).

Ce type d'euphorie et ce type de distorsion de l'ambiance sont très nettement différents de l'excitation euphorique, de la résonance altérée des stimulations extérieures que présente le même sujet sous l'influence de l'alcool ou même de la drogue étudiée, à une dose inférieure ou dans les premières phases de l'intoxication à dose forte.

II. — *Examen objectif*

1) Au maximum de l'intoxication somatique, à la jonction des phases de somnolence et de l'ivresse pâteuse, on a noté :

- l'hyperreflectivité ostéo-tendineuse
- l'hyperesthésie à la piqûre
- quelques oscillations au Romberg sensibilisé
- un léger myosis
- une importante bradycardie (chute de 70 à 56)
- une congestion faciale
- une petite chute tensionnelle.

2) Par la suite :

- la congestion faciale a rapidement disparu et les troubles de l'équilibre à peine plus lentement ;
- l'hyperesthésie à la piqûre a fait place à une hyperesthésie secondaire, surtout tactile, très peu algique ;
- l'hyperreflectivité tendineuse, le myosis, ont persisté
- la bradycardie s'est lentement réduite
- la tension artérielle a continué à baisser (8-5 à 17 h. et 19 h.).

Auto-Observation n° 4

Prise de la drogue vers 10 h. 30.

3/4 d'heure environ après, début des effets par :

- Sensation de « tête vide » assez particulière
- Impression de « jambes molles »
- Envies de rire, immotivées
- Difficulté à poursuivre la lecture d'un journal, non que celle-ci devienne difficile en elle-même, mais elle devient inintéressante
- Envie de dormir.

Après quelques examens somatiques, on me laisse seul pendant 3/4 d'heure environ dans une demi-obscurité. Je m'étends sur le divan et éprouve les sensations suivantes :

- Je me sens très bien ;
- Il s'agit d'un bien-être musculaire, physique ;
- Impression de relâchement, de relaxation, de détente parfaite et aussi de légèreté.

Cette sensation très agréable est maxima dans l'immobilité et le repos strict et entraîne un désir de maintenir le plus possible cette immobilité.

Au point de vue visuel : aucune sensation agréable, mais impression de mobilité des objets.

Il me semble que les objets sont animés de mouvements rythmiques faibles et lents, à type de balancements, de pulsations ou d'ondulations.

Il me vient à l'esprit une comparaison : j'ai l'impression que « les objets respirent » (exemples : les portes entr'ouvertes de l'armoire, le lustre, le cordonnet interrupteur d'un lampadaire, les feuilles d'une plante verte).

Les couleurs n'ont absolument pas changé.

En revanche, dans la sphère auditive, les impressions sont beaucoup plus riches.

Tout d'abord, les sons me paraissent renforcés en intensité, et en nombre. Plus exactement, je suis beaucoup plus réceptif aux sons qui ont une certaine priorité sur les autres sensations. Aucun bruit, si anodin soit-il, aucun bruissement ne passe inaperçu. Je baigne dans un univers sonore. De plus, tous ces sons ont une résonance agréable en moi. Ils accompagnent, renforcent et orchestrent en quelque sorte mon bien-être. (Par exemple, le bruit des conversations dans le couloir, les bruits de pas, les claquements de portes, etc.).

J'ai l'impression que si j'écoutais de la musique, j'éprouverais des sensations extrêmement agréables mais que je ne serais pas éclectique : tout me plairait. De plus, le plaisir éprouvé serait presque purement physique, comme une « caresse » sonore et pas du tout émotionnel, c'est-à-dire sans exaltation, sans rêverie accompagnatrice.

Au point de vue psychique :

Tout d'abord, la sensation de bien-être déjà décrite s'accompagne d'euphorie. Celle-ci est parfaitement anidéique, ne reposant sur rien, et se traduit par une envie de rire presque permanente. J'ai dit qu'elle ne repose sur rien car je n'éprouve aucune rêverie agréable ou non, aucun afflux de souvenirs, n° d'images.

Au point de vue intellectuel, je ne me sens pas supérieur, mais plutôt diminué. Cela m'est d'ailleurs parfaitement égal.

Je ne pense à rien... c'est un vide agréable. Je suis tout entier occupé à goûter mon état de bien-être, purement physique, et tout ce qui m'en distrait est sans intérêt et même franchement inopportun.

Ainsi le temps passe très vite et quand on pénètre de nouveau dans la pièce, il me semble que je suis resté seul environ 1/4 d'heure, alors qu'il s'est écoulé plus de 3/4 d'heure.

Quand on m'interroge, je note une certaine difficulté d'élocution. Je trouve difficilement mes mots. Je m'aperçois aussi que raconter ce que j'éprouve m'ennuie.

Je monte ensuite au laboratoire de psychologie. Le test que j'avais déjà passé une fois avec intérêt me paraît très ennuyeux et interminable. Mon unique préoccupation est d'en finir au plus vite et de me retrouver seul, étendu sur mon divan. Je ressens une vague irritation contre certaines personnes : deux d'entre elles paraissent me regarder comme une bête curieuse, et rire sous cape d'un air gêné.

Quant à la personne qui me fait passer le test, elle a l'air de couper les cheveux en quatre, de ne rien comprendre ; j'ai un peu l'impression qu'elle le fait exprès.

Cependant, cette irritation ne dure pas ; elle tombe d'elle-même et je ne l'extériorise pas, car très vite je m'en désintéresse.

Je suis également irrité lorsque l'examineur m'arrête après la première interprétation que je lui fournis sur une planche, alors qu'il m'en vient d'autres qui me plaisent mieux.

Enfin, je n'ai pas envie de discuter, et lorsque cela m'arrive, je trouve vite cela fatigant et sans intérêt, et je laisse tomber.

Seule impression agréable du test : en sortant, j'écoute avec plaisir de tic-tac de la pendule suspendue au mur.

A mon retour en bas, j'ai l'impression que les gens qui m'entourent échangent des propos futiles et sans intérêt. D'ailleurs, j'écoute à peine. Je me sens complètement détaché du jugement d'autrui. Il m'importe peu de plaire ou de déplaire à qui que ce soit.

J'ai envie d'être seul ; les autres me sont devenus étrangers, je ne suis plus de leur bord.

D'ailleurs, la présence des autres et surtout l'obligation de leur parler inhibe complètement l'effet agréable de la drogue.

Je reste seul 1/2 heure et je retrouve mon état du début, mais je sens que l'effet de la drogue décline rapidement, et ce n'est plus aussi agréable.

Je rentre chez moi en voiture vers 2 h. 1/2-3 heures. Je conduis très facilement. J'ai mis la radio et la musique me paraît extrêmement agréable. Je suis très calme ; je conduis posément. J'ai perdu tout esprit de compétition, toute agressivité envers les autres automobilistes ; d'ailleurs, ces derniers n'existent pas, il n'y a plus que des automobiles.

Dans l'après-midi, je suis encore légèrement euphorique par moments. Cependant l'effet de la drogue a pratiquement disparu et j'ai gardé une certaine nostalgie avec surtout l'impression que cela était trop court et que je n'ai pas pu en profiter pleinement, mais depuis je n'ai à aucun moment éprouvé le désir de recommencer.

A signaler qu'à mon retour chez moi, j'avais très faim. Le soir, je me suis endormi facilement et j'ai très bien dormi.

Le lendemain, état normal, plutôt légèrement déprimé.

P.S. — Je dois signaler l'absence totale de sensations d'ordre sexuel au cours de l'expérience.

Auto-observation n° 5 (première expérience)

Tableau classique de fatigue intense apparue progressivement, à savoir : impression de vague, incapacité absolue de fixer mon attention, de faire le moindre effort malgré toute ma bonne volonté, et physiquement jambes ramollies et engourdis qui ne me soutenaient pas, tête lourde, pesante, joues chaudes et surtout yeux enfoncés, creusés, tirés, que j'ai gardés ouverts avec beaucoup de peine comme pour lutter contre un sommeil imminent que l'on refuse, mais à dire vrai, j'aurais bien volontiers dormi pour calmer ma terrible lassitude.

Dès que ma fatigue s'est atténuée, nette tendance, pendant un moment (au cours duquel j'ai subi — et non passé — le Rorschach), à me laisser aller aux plaisanteries faciles, voire gaillardes ; légère hypomanie, et sensation d'aisance (plus de complexes !), et je crois que cette espèce d'assurance peut être comparable à celle que procure une bonne dose d'alcool.

Puis très vite après, état général satisfaisant.

En résumé, dix milligrammes « per os » de « maladie » pour deux heures de convalescence...

Auto-observation n° 6
(deuxième expérience)

Très rapidement, me semble-t-il, impression de transformation corporelle. Un engourdissement progressif et ascendant envahit mon corps qui semble privé de toute espèce d'articulation, donc de squelette, et devenu une véritable masse informe qui me paraît alternativement légère comme du liège ou aussi lourde que du plomb. Je me sens successivement limace puis momie. Je deviens indéfinissable, innommable. A ce stade, c'est merveilleux, je suis en plein rêve. Puisque je ne suis plus rien, je suis insensible, immatérielle, je n'ai plus aucun souci, aucune préoccupation matérielle, intellectuelle ou autre, j'ai quitté le monde du quotidien. Je me laisse sombrer dans une immobilité, une solitude voluptueuse qui flattent mes goûts de paresse. Je jouis d'un état de calme unique, de paix souveraine, j'atteins un bonheur indescriptible et surnaturel. C'est ce qui m'a maintenant fait dire : « Je ne donnerais pas ma place. » Cette béatitude qui me prive de toute notion d'être et me coupe du monde extérieur n'a pas duré : elle est interrompue par l'arrivée de Mlle L., qui m'oblige à repasser du « ça » au « je ». Ce choc nous réveille, le monde extérieur et moi : me voilà en présence d'objets de taille minuscule. Cela m'amuse tout d'abord : le format des meubles identifiés me rappelle des pièces d'un jeu d'échec, d'où idée de jeu et amusement, mais bien vite le ridicule de ces objets m'apparaît, ridicule puisque ces formes inhabituelles ne sont pas conçues pour l'usage courant pour le besoin. Je suis perplexe, un peu terrifiée. Un dialogue *intérieur* s'établit entre nous (les meubles de la pièce et moi) : chacun défend sa cause. — « Vous êtes ridicules d'être si petits, et puis, pourriez-vous me dire l'utilité de votre présence ? » — « Nous sommes nés, comme toi ; nous vivons comme toi », et pour me le bien montrer, pour me prouver sa « vie », l'armoire, à ces mots, se met à effectuer quelques amples mouvements d'inspiration. — « Ne serait-ce pas vous qui êtes ridicules de ne pas avoir eu l'intelligence de nous fabriquer d'une manière fonctionnelle et non en dépit du bon sens ». La lampe, sur l'armoire, dominant la situation (l'œil du maître, de l'arbitre) nous écoute : elle prend un éclat particulier, la forme d'un visage, sourit. Son sourire devient vite moqueur et comme cela m'attriste, j'ai presque envie de pleurer ; ne suis-je pas un peu responsable ?... Elle me prend en pitié, en vertu de ce défaut, de ce travers qu'est la sympathie (au sens étymologique du terme : souffrir avec). Cette scène de sensiblerie devient vite gênante, insupportable. J'ai recours à un tiers (je n'ai pas le courage de le faire moi-même) pour qu'on me retire cette lampe. Je ris... pour me réconforter, mais le rire n'est pas un remède : la lampe, mise dans un coin de la pièce, m'insupporte encore. Je sors, passe dans le bureau de P., pensant me calmer. Quelle n'est pas ma surprise de voir, confortablement installée sur la table, une nouvelle machine à écrire, et cette fois, les limites sont dépassées. Tous les objets sont décidés à s'acharner contre moi, à me vaincre, à m'humilier, à me blesser : une machine à écrire ! moi qui sais à peine m'en servir et déteste cela ! Quoi de plus vexant ! Je retourne bien vite chez Mlle L.... Aussitôt la porte fermée, va-et-vient d'infirmières : visite d'une infirmière retraitée (« Bonjour, comment allez-vous ? »). La ronde odieuse et ridicule des gens commence — la comédie humaine. Les gens ont ridiculement besoin d'être polis. Est-ce que, sincèrement, la santé d'une personne à laquelle nous ne pensons pratiquement

jamais nous inquiète réellement ? Non. Alors, pourquoi cette comédie, pourquoi ces formules banales, ces questions absurdes et machinales, alors que nous écoutons à peine la réponse ? Pourquoi ces simagrées ? Les êtres humains sont de véritables marionnettes, soi-disant « éduquées », « bien élevées », mais odieuses. Je ne peux plus souffrir tout cela (gentillesse, sourires commerciaux, etc.). Je suis accablée, j'étouffe. J'ai besoin de vide, intensément, je ne veux plus rien autour de moi, je ne peux accepter un tel univers de fantoches. Il me semble que, hors des murs, j'aurais du vide, je veux sortir. Je marche, je m'agite. On me donne une capote, pour que je n'aie pas froid (ridicule, cet intérêt porté à ma santé, d'autant plus qu'à ce moment-là, je suis bien incapable de distinguer les notions de chaud et de froid). Je la prends malgré tout, en riant. Devant la porte fermée à clé, à la demande de Mlle L. qui insiste, je cède aux arguments et retourne à nouveau chez elle, toujours mal à l'aise, inquiète, gênée par tout ce qui m'entoure. Toujours des rires : il faut bien que je montre que je ne suis pas trop perdue dans ce monde si petit (New-York me semble à deux pas), et si peu riche en idées (politique, religion), dans ce monde en un mot futile, vain, et j'écris en grand sur une feuille : « Vanitas », bien incapable d'ailleurs d'écrire autre chose, mais je pensais « Vanitas vanitatum, et omnia vanitas ». Je veux parler pour m'arracher à mon inquiétude, à mon angoisse, je ne sais pas quoi dire, je ne peux pas m'exprimer. Seuls fusent ces rires, qui décidément me refusent de l'aide.

Peu à peu, malgré la persistance de mon angoisse, je prends conscience qu'il s'agit d'une expérience, et je fais effort pour me calmer. J'ai peur tout de même, je cherche de la compagnie pour essayer de me rééduquer, de me réadapter au monde, à la société, à ses rites et à ses défauts. Je commence à avoir la volonté d'accepter d'y vivre. Je prends la barre, ce n'est pas sans mal. Je fume, dérivatif merveilleux, excellent moyen pour ne pas paraître perplexe. Toujours énervée, je suis incapable de m'intéresser à la lecture, ce sain divertissement qui m'aurait permis pourtant de m'évader de ce monde, de l'oublier. Mlle L. me propose de rester la nuit dans le service, ce que j'accepte, raisonnablement, parce que j'ai peur, très peur de me retrouver seule, consciente de mon comportement désordonné, parce que je crains de ne pouvoir suffisamment me maîtriser. J'accepte donc la sécurité relative de la clinique. A l'heure du repas des infirmières, je me force à aller manger un peu... Il faut bien que je commence à prendre mes anciennes habitudes, ces habitudes de tout le monde. Très vite, je reviens seule, je souffre vraiment, je suis très inquiète quant à mes possibilités de faire un « retour social normal. » Sans cesse, je vais, je viens, j'erre, je ris, je bavarde à droite et à gauche, toujours obsédée par ma rééducation et vite lasse de ces bavardages inutiles et fatigants. Le véritable labeur que j'ai entrepris pour me réintégrer dans la société, cet effort pour jouer moi aussi la comédie, me semble impossible à mener à bien. Ce chassé-croisé « société-solitude » dure jusqu'à vingt-trois heures, heure à laquelle je décide énergiquement de me coucher, pour en finir, pour trouver le salut, l'oubli dans le sommeil.

Bonne nuit, mais courte.

Le lendemain, lassitude, oisiveté : je ne fais rien de la journée, et tout m'est égal. Je passe presque tout l'après-midi allongée.

Le surlendemain, tout rentre dans l'ordre.

« Amer savoir celui qu'on tire du voyage. »

Auto-observation n° 19 (86)

La première chose surprenante, après bientôt trois-quarts d'heure, et quand je me trouvais presque gêné devant des étrangers de me montrer si peu sensible, fut la photographie d'un, puis de deux personnages, qui me parurent singulièrement arrêtés.

L'un d'eux était Mac Millan. Il n'aurait pas dû me paraître surprenant, le naturel des photographies étant d'imposer un arrêt. Mais cet arrêt était un prodigieux arrêt, un arrêt qui n'en finissait pas, incessamment renouvelé en tant qu'empêchement aux mouvements, signe possible que je commençais, sans encore le savoir, à être envahi de petits mouvements intérieurs, tandis qu'une autre région de moi entraînait dans une immobilité proportionnelle. Mac Millan, je le savais, était à ce moment à Moscou et bien empêché par une ruse et une insolence extrême de M. K., destinées à lui faire perdre la face. Cet empêchement-là n'est pas tout à fait à exclure. Dans la drogue, les affluents viennent de toutes parts, instantanément grossis, méconnaissables.

Quoi qu'il en fût de lui et de son immobilité, je m'en débarrassai en tournant la page de la revue qui le contenait. Ce ne fut pas sans avoir à produire un certain effort...

Semblablement mais à un bien moindre degré, je commençais à trouver bien immobiles et empruntés les quatre docteurs qui m'observaient. Tout à l'heure, ils seraient tout à fait en bois. Le moment n'était pas encore venu. Je fermais les yeux. Alors nagea devant moi un poisson à la dent unique du dessus, à la dent unique du dessous, qui est, je crois bien ne pas me tromper, une Baliste (*Balista vetula*). J'en avais vu une quelques trois jours plus tôt dans un film...

A nouveau, je fermai les yeux.

Se liant alors tant bien que mal à cette vision, je vis des murs cyclopéens. Il s'en trouvait dans la revue du Pérou que j'avais apportée et feuilletée rapidement. Je voyais à présent des murs du même type, mais aux blocs de pierre autrement dissymétriques, d'une dissymétrie invraisemblable, qui grâce à cette intrication merveilleuse se soutenaient parfaitement, et ces murs étaient cartilagineux !

Je sentis ensuite confusément, puis plus fortement, de plus en plus fortement, quelque chose qui voulait me diriger, voulait me soumettre, voulait ma docilité. Impérativement, inexplicablement, j'étais poussé vers une sorte de morale conventionnelle et de religion de bien-pensant.

Fermant les yeux, je vis un extrêmement haut prie-dieu qui n'eût pu convenir à homme au monde, à moins d'imaginer un chanoine maigre, de la taille d'une girafe adulte, ce qui ne me vint pas à l'esprit, et le prie-dieu resta inoccupé et seul dans l'espace, faisant peut-être allusion à moi qui n'acceptais pas cette invitation religieuse (particulièrement occidentale et conformiste).

Vraisemblablement dans le même esprit, j'écrivis sans raison apparente sur le moment : « Les visages des augustes orants », membre d'une phrase qui n'est peut-être pas de moi et qu'il me parut recevoir sous la dictée. Sur ma droite apparurent des êtres pacifiés, couleur de pierre, presque des statues, mais respirant encore quoique faiblement et lentement, étendus tout à fait à l'horizontale sur des dalles nues. Quelques têtes, à part, montraient également des visages calmes et posés, dans la pénombre et le silence...

L'atmosphère était à l'amortissement. Comme si quelque présence faisait faire silence, malgré le bruit non négligeable d'une horloge

de table qui, tout bruit qu'il était, ne pouvait réduire ni tout-à-fait étouffer un « chut » imprononcé mais là, doucement impératif et rayonnant.

Une des dernières choses que je vis avant de « plonger » furent quantité de bouches, de pittoresques bouches à cinq sucoirs au lieu de langues. Il n'est pas impossible que ce spectacle rendit l'impression que l'on voulait me faire parler. Les bouches des médecins témoins posaient peu de questions mais étaient avides d'en poser. Je les avais devant moi. Suceuses de paroles.

Je n'étais pas, on le voit, très alerte, nullement vigilant comme dans l'ivresse de la mescaline.

De visions, peu, parfois incongrues, en rapport plutôt avec des pensées critiques qu'avec l'impression générale que j'avais, que j'avais de plus en plus, de sentir des appels à une sorte de conformisme religieux.

J'entrais, c'était sûr, dans un courant que d'autres eussent appelé bénéfique. Je ne voyais pas encore nettement que cela me brassait, mais cela sûrement commençait...

Sous une toute autre forme que je connaissais, c'était toujours de la drogue, c'est-à-dire un poison offrant qui propose : « Paradis, paradis pour toi si tu acceptes. » Ce Paradis, car chaque drogue a le sien, était Paradis d'obéissance pour devenir idéalement normal, soumis à l'esprit de groupe (ou obéissant à l'éducation reçue).

Est-ce ainsi que la psilocybine guérit, en désingularisant ?

Je ne disais pas encore cela...

Donc j'étais assailli par des ondulations. De considérables. De larges, de fortes, aptes à me déformer. J'avais à y faire face.

Mon corps autour de moi avait fondu. Mon être m'apparaissait (si je regardais les paupières baissées et sans repères visuels), une substance informe, homogène, comme est une amibe. Plus homogène encore. Je ne me sentais pas rapetissé mais seulement indifférencié. Sur moi, sur mes frontières, avec une grande amplitude des ondes, ou des lignes ondulantes, résistantes, d'énergie pleines. Des serpents de force. Ils commençaient (il a fallu longtemps avant que je m'en émeuve) à m'enrober, à me traverser, à me former et déformer rythmiquement, à me traverser beaucoup, à m'arracher beaucoup, à vouloir me faire souple, à vouloir me faire fluide, à vouloir me rendre sans résistance. Mais toujours sans impétuosité, sans méchanceté, sans brutalité, sans violence, sans brusquerie, très patiemment, très flexueusement, très Yin et pas du tout Yan. Et recommençaient, et recommençaient sans répit les irrésistibles tentatives acharnées, comme bras artificiels pétrissent une pâte préparée. Moi j'étais cette pâte.

Bras sans substance, très efficaces et nombreusement constitués, comme cheveux de femme dans une tresse épaisse...

...Dans une sorte d'indifférence, j'attendais que ce fleuve à vagues ecclésiastiques et moralisatrices voulût bien passer.

De visions, plus question, ou à peine, entre deux rapides brassages. Je voyais souvent des grimaces. Peut-être venaient-elles de mon être dédoublé et témoin, qui m'entendant parler sérieusement (trop) et avec trop de complaisance aussi et de docilité, et de zèle, à ces docteurs curieux qui voulaient que je « communique », se moquait en douce de mes explications empressées ?...

J'étais, comme écrivent les médecins, dans une neutralité affective parfaite. Ces grimaces m'intéressaient — si ceci n'est pas une

contradiction. Extrêmement compliquées, avec des relais faciaux (si je puis dire) tant la surface que couvraient ces grimaces était immense. Là j'aurais dû me méfier, au vu de cette grandeur qui traduisait l'envahissement énorme que je subissais, mais cette drogue s'y était prise de façon si ménagée, par gradations si douces que je ne m'aperçus du danger qu'en plein dedans. Même alors je ne fus pas affecté (elle m'avait décidément enlevé mon impressionnabilité). J'étais venu pour ce travail. C'était mon travail que d'y être et tout ce que j'avais à faire était de renseigner tant que je pouvais les témoins que, dès que je rouvrais les yeux, je retrouvais assis, inchangés, immobiles, comme à la terrasse d'un autre univers, tandis que le mien était en pleine désagrégation...

Pour moi, l'aspect insolite de ma situation devenait plus patent, plus absorbant. Les yeux fermés, j'étais dans le grand monde des fluides plus forts que tout, fluide moi-même, plus compact seulement, plus consistant. Les yeux ouverts, j'étais devant quatre étrangers, assis, sans rien faire. Quoique accablé, je répondais à la demande tacite, je parlais, je me dévoyais dans des paroles explicatives, puis fermant à nouveau les yeux, je me replongeais dans le fleuve aux flots innombrables où il n'y avait ni examinateurs, ni professeurs, mais seulement des ondulations, des ondulations sans rien d'autre, des ondulations incessantes, brassant tout dans une parfaite et cosmique monotonie, dans une inlassable houle, loin des demeures des hommes et des raisonnements et des catégories des hommes, et des divisions, et des cloisonnements. Chaque vingtième de minute, ou chaque centième ou deux-centième de minute (?) j'y retombais, j'y refaisais naufrage...

Ce maniement psychique ne me permettant plus mon style, mais ne m'emportant pas non plus malgré ses dragages et ses appels engageants, l'impression me vint à je ne sais plus quel moment, qu'il n'y aurait ni vainqueur ni vaincu.

Tantôt dans le fleuve tourmenteur, tantôt dans un bureau en face de plusieurs témoins, qui m'attendaient à mes retours, mes cinq cents retours avec paroles, puis de nouveau dans le « phénomène » qui me reprenait et les annulait, puis de nouveau devant mon tribunal des quatre. Ainsi, devant ces deux univers, alternant sans fin, également étrangers, passant sans cesse de l'un à l'autre, j'étais également dehors et sans place...

Pendant un silence j'entendis un docteur prononcer à l'oreille d'un autre : « cas typique de dépersonnalisation. »

A ces mots, reconnaissant les impropriétés du langage, je sus que le monde n'avait guère changé durant sa noyade. Sans doute, je me sentais une masse amorphe entre des lignes de force. Perte d'impression du corps, mais nullement de ma personne aussi complexe et « située » qu'avant, simplement fort occupée par moment comme le serait un malade luttant contre une douleur très forte, qui fait qu'il y « revient » sans cesse...

Toute autre, celle-là profondément changée, la conscience de mon corps que je ne me sentais plus occuper convenablement, continûment. Ne sentant pas mon corps en son entier, en son détail mais mal, à peine et sporadiquement, ne sentant pas mon visage, ne pouvant le sentir en imagination, je n'arrivais pas à sentir la vie de « leur » visage à eux. Je les recomposais mal, proportionnellement à la façon dont mal j'occupais le mien...

Quitter la folie de mon monde pour les retrouver en cet état était une sorte de nouvelle folie particulièrement absurde, car enfin il fallait bien reconnaître que c'était moi qui subissais le cataclysme psilocylique, non eux, et c'étaient eux qui prenaient l'air déshabité de zombies et tel que, s'il n'y avait pas tant de choses étranges à Sainte-Anne, le portier eût dû hésiter tout à l'heure à les laisser sortir dans l'état où ils étaient. Rigides, en bois, mal agencés, mal conçus, essais lamentables d'imitation de têtes d'hommes faits par un paysan sculpteur du dimanche dans un canton suisse, leur groupe était ahurissant.

Non, vraiment, ce n'était pas agréable pour moi de les retrouver dans cette agonie assise parente de la mienne (plus près en effet d'une agonie que d'une ivresse était mon intoxication). J'avais peine à me retenir de leur en parler. Ils ne l'eussent pas bien pris sans doute.

M'étant levé — à ce propos ou à quelque autre — pour m'observer dans la glace, je compris aussitôt que j'avais le même type de visage qu'eux, toutefois plus extériorisé. En fait, il avait un peu rosi aux pommettes et quelque animation lui venait de la parole, mais lui aussi en partie déshabité, participait de la même étrangeté, visage que les impressions de l'intérieur ne vitalisaient plus, que je ne ressentais plus.

Je n'arrivais pas à le recomposer — ni le mien, ni le leur — à les remplir (mentalement) des sensations qui leur correspondent normalement...

A des moments de plus grand abandon (sans doute) de mon propre corps, je les voyais (les observateurs) plus mal en point. Leurs faces altérées m'accablaient alors : cinquante fois j'ai failli leur dire : « Docteur, je vous en prie, à quoi bon cette identification ? Remettez-vous, ça n'arrange rien que vous preniez ces mines. » Mais je retenais ma langue au dernier moment. Il faut être prudent en ces lieux.

Enfin, quand je ne m'y attendais plus, le teint de l'un d'eux s'éclaira. Encore quelques minutes, sa mâchoire inférieure au reste de sa figure s'ajusta de façon satisfaisante, encore quelques minutes et sa voix qui jusque-là me semblait également mal placée, pas fausse mais n'allant pas avec le reste et comme sortie d'une autre tête, se remit en place. Ouf ! Le teint surtout faisait plaisir à revoir, vraiment excellent. Je ne l'aurais pas cru capable de se remettre si vite. Mais du docteur, parti plus tôt et que je n'ai pas revu, je garde l'impression reçue, que je ne peux redresser, d'une santé profondément atteinte. Une heure plus tard, je lui eusse rendu la santé, qu'il n'a, probablement, cessé d'avoir.

L'après-midi était avancée, nous sortîmes, deux des docteurs et moi, tous trois à peu près remis. Mes yeux étaient battus, mais une heure après, il n'y paraissait plus.

Dans la voiture de Mlle L. et tout en lui parlant, je ressassais à part moi l'extrême indécence qu'il y a d'être sous l'effet d'une drogue devant des étrangers qui n'en ont pas pris. Je sentais aussi comme jamais le scandale de la drogue : vous êtes emporté. Vous êtes dans un autre monde et quatre heures après vous êtes dans la rue, vous êtes pareil aux autres. Vous rentrez tranquillement chez vous...

Auto-observation n° 25

Dans les premières manifestations purement physiques : mollesse et agréable pesanteur avec relâchement, il m'est difficile de déterminer

la part qui revient à l'état de subexcitation qui a précédé l'absorption des comprimés. Cependant, cette agréable décontraction va durer pratiquement pendant toute l'expérience.

Les premiers phénomènes visuels sont très peu structurés : bandes rouges ou roses pâles, ou plus exactement plages colorées longilignes, qui s'étalent sur le mur devant moi et se succèdent en se déplaçant de haut en bas, glissant lentement l'une après l'autre. Préoccupée par leurs successives apparitions, je suis incapable de définir leur provenance et leur devenir. Elles envahissent tout mon champ visuel...

Puis je ferme les yeux. Je ne sais si cette idée me vient seule ou m'est suggérée. Quoi qu'il en soit, elle se révèle fructueuse : très rapidement, sur un fond noir, apparaissent de petites taches séparées, petits cailloux de couleurs vives et multiples qui vont s'animer, se suivre en zigzagant, s'organiser en un fleuve de taches de couleurs variées, mais surtout très franches, et serpenter en se croisant de multiples fois. D'innombrables figures vont ainsi se succéder sur un fond noir, figures de style géométrique qui suggèrent, de manière évidente, les constructions d'un kaléidoscope, et me donnent une sensation d'agréable repos.

Quand j'ouvre les yeux, sur le mur ce sont à nouveau des plages colorées qui, si elles sont de couleurs plus franches qu'au début, restent cependant dans des tonalités délavées quand je les compare à la vivacité des coloris obtenus les yeux fermés.

C'est alors que m'envahit lentement une douce euphorie, mais peut-être le terme est-il trop fort ; c'est plus exactement une indifférence complète mais aimable pour tout ce qui est extérieur à l'expérience que je fais, cependant que tout mon intérêt, toute mon affection se concentrent sur mes hallucinations... une envie de rire ou plus exactement de sourire... pour quelle raison ?

Les yeux fermés, c'est à nouveau le fleuve de taches vives devant moi, un fleuve que j'aime beaucoup, qui surtout me semble plus important que tout autre chose, bien que j'en connaisse l'origine artificielle.

Très vite, j'apprends, en bougeant de façons variées mes doigts devant mes yeux, à modifier forme et intensité des taches colorées. Je suis véritablement éblouie par la richesse des réalisations obtenues et si les couleurs reviennent toujours vives, voire même agressives, les formes, les constructions réalisées ne sont jamais semblables. Très vite aussi mon vocabulaire admiratif est épuisé : magnifique, merveilleux, très joli, agréable, sont les constantes de mon compte rendu mais je ne peux m'en passer, et, tout mon intérêt fixé sur ce que je vois, j'ai décidé une fois pour toutes que le reste avait peu d'importance.

C'est à ce moment que pénètre dans la pièce une infirmière... A nouveau, et avec une puissance étonnante, le désir de rire m'envahit. Après son départ, tout en libérant enfin ce rire contraint pendant quelques minutes, je réfléchis rapidement : est-ce un rire immotivé ? Il est certain que son intrusion était assez comique, cependant pas assez pour justifier ce rire incoercible et si agréable. Ce que je vois n'est pas non plus comique. C'est seulement très beau et je l'aime. Alors ?

J'abandonne ces réflexions qui ne me passionnent guère pour revenir très vite à mon expérience. Je ferme les yeux et rapidement, se disposent un plafond qui me suggère un ouvrage de ferronnerie, puis toute une pièce autour de ce plafond. Je suis au centre de cette pièce très haute. Je contemple ce plafond et je vois autour une galerie

soutenue par des portiques. Puis la vision s'estompe et je suis désolée : là encore j'adhérais affectivement à ce que je voyais. Je m'allonge un peu sur le fauteuil, cherchant la position confortable de relâchement complet, désireuse de n'être occupée que de mes seules hallucinations.

Je suis interrompue par l'examen systématique que je trouve manifestement superflu et assez drôle, et à nouveau un fou-rire m'envahit, d'autant plus incoercible qu'il me surprend moins maintenant. Je ferme à nouveau les yeux : la palette s'est beaucoup enrichie, jaune, marron, rose, noir.

Première vision désagréable : des tentacules noirs qui semblent descendre d'un centre supérieur que je distingue mal, s'agitent au-dessus de moi, très menaçantes, c'est réellement très pénible et je dois manifester mon désagrément. J'ouvre les yeux : tout s'arrête.

Puis à nouveau des taches claires qui serpentent en un long fleuve. Très désagréablement les formes foncées et tentaculaires reprennent place ; cet aspect de pieuvre menaçante, indistincte mais se rapprochant, est très angoissant. Il ne s'agit pas de peur liée directement à cet aspect affreux, mais vraiment d'angoisse réelle devant cette vision répugnante qui pourtant ne me fait pas fuir. Je crois que j'aimerais rester, savoir ce qu'il y aura après. Cependant, je consens à ouvrir les yeux.

Le long fleuve de brillants repart devant moi...

Cette fois, c'est une cathédrale soutenue par des ogives qui peu à peu s'ébranlent et reconstituent les tentacules ; et c'est à nouveau l'angoisse mais très physique, et je m'agite sur le fauteuil. La conjuration simple : ouvrir les yeux, m'est devenue maintenant familière.

Puis c'est un aigle très stylisé, éclairé en rouge et surmontant un portail. Je pense aux aigles multiples du « Napoléon » d'Abel Gance et j'ouvre les yeux... et je ris. Le pourquoi de ces rires ne me préoccupe plus, je m'y livre maintenant totalement, d'autant plus facilement que s'est installée une agréable sensation de supériorité aimable et gentille. Ne suis-je pas la seule à voir ces choses, et je consens à les livrer. Consciente de la vanité de cet état d'esprit, je m'y complais, m'efforce seulement de l'extérioriser au minimum, car parler me gêne un peu dans ma contemplation affective.

Un portail d'église s'ouvre devant moi, coloré en jaune vif. Je crois rentrer dans l'église... Oui, je suis dans l'église, et j'ai droit maintenant à de très beaux vitraux également colorés en jaune. Je crois que mon interprétation exprimée à voix haute influe sur l'hallucination qui s'organise en fonction des phrases prononcées : ainsi j'ai parlé d'un portail d'église, et je me suis trouvée ensuite dans cette église.

Je ferme les yeux : c'est une vision très laide... des têtes... Je me refuse à expliquer leur aspect cadavérique et sinistre quoique indistinct. J'ouvre les yeux très vite, et très vite je suis à nouveau euphorique...

...Je suis maintenant dans un long corridor de couleur claire, mastic ou beige très pâle. Le plafond est curieusement découpé, octogonal. Maintenant j'ai peur de ce long corridor interminable, et pourtant je désire y rester. Ai-je vraiment peur ? Je crois que je théâtralise cette peur... Je joue un peu avec... J'ouvre les yeux. La pièce s'est modifiée dans toutes ses relations spatiales : le bureau était plus grand tout à l'heure. Par la fenêtre, je vois les arbres du jardin « en fleurs »... c'est le verger en fleurs de « l'Annonce faite à Marie »

qui m'est maintenant suggéré. Quelle affreuse représentation en avait donnée la Comédie-Française !

Les yeux fermés, c'est à nouveau le corridor vertigineux, puis un escalier. J'avance maintenant dans une salle brumeuse dont le fond est indistinct. C'est une vision rouge qui s'organise, mais je retombe dans les formes géométriques. Je crois que cette géométrie est un matériel de conjuration. Ma longue marche dans le corridor inquiétant, mon arrivée dans la salle brumeuse préludaient à une désagréable vision que j'ai refusée. Je suis dans une pièce ronde à toit pointu, les décors sont très rococo, 1900. De ridicules personnages joufflus soutiennent des tentures. Je ris beaucoup : des motifs décoratifs, têtes de personnages comiques, défilent.

Une ruelle obscure s'ouvre devant moi, une curieuse ruelle couverte et brutalement c'est une extraordinaire ville très stylisée, construite sur un invraisemblable à-pic vertigineux. Les murs en sont très nets et leur angle de construction sans rapport avec une possible réalité... Je suis sur l'à-pic maintenant : au pied de la ville, c'est un vallonnement et une armée qui serpente, s'éloigne de la ville. La description que je fais des murs stylisés a fait surgir devant moi, pendant un bref instant, un mur au contraire très net, aux briques très apparentes. Maintenant, c'est un escalier que je descends... Je débouche en bas... Je vois une vieille dame assise dans un fauteuil... Personnage qui m'est totalement inconnu, cette vieille dame est très majestueuse, royale... Sans transition, brutalement, j'ai devant moi une horrible tête d'oiseau de proie énorme et effrayant. C'est affreux, il tombe sur moi... J'ouvre les yeux, je dois me tordre sur mon fauteuil pour échapper à cela.

Quand j'ai les yeux ouverts, la pièce se modifie de façon continue, se rétrécit ou s'élargit ; les rapports des objets entre eux varient et surtout sont modifiés par ma position et mon angle de vision.

Je bois de l'eau qui me semble très pauvre, inconsistante et inintéressante.

A nouveau, l'examen systématique. J'ai l'impression de compter plus lentement. Je cherche mes mots, fais répéter les questions. Est-ce inattention et regret des visions abandonnées ou véritable maladresse, je ne sais... je compte plus vite ; la pièce me semble revenue à des dimensions normales.

Maintenant, je me lève pour gagner le deuxième étage — les tests. Très indifférente à ce déplacement, je constate que l'impression de mollesse, de relâchement du début persiste toujours. Et surtout, je découvre le magnifique escalier que je monte maintenant. Cet escalier banal escaladé sans intérêt chaque matin, cet escalier est aujourd'hui taillé dans un marbre somptueux. J'aime chaque strie, chaque dessin de ce marbre. Je marche les yeux au sol. Je désire m'arrêter sur chaque marche, contempler longuement chaque trait, et ma contemplation est très affective. Cependant, j'abandonne l'escalier pour contempler maintenant le parquet de bois sombre et les stries ; le parquet est splendide, d'une beauté très apaisante que j'aime aussi. Et je comprends pourquoi je l'aime : je pénètre ce bois, je le comprends non pas d'une manière froide et scientifique, mais avec amitié... une amitié profonde, facile, directe et tranquille. Cette beauté que lui et moi sommes seuls à connaître, je peux la regarder pendant des heures.

Cependant, par gentillesse encore, je consens à l'abandonner au profit du test. Je vais maintenant me laisser aller à la toute-puissance que je ressens. Par moments, entre les paroxysmes de ma supériorité bienveillante, je retrouve une certaine lucidité, m'excuse brièvement auprès de la psychologue. Je ris ouvertement ; je réprime difficilement à chaque instant des remarques caustiques sur la vanité des tests. Le sentiment vague d'être désagréable, je le regrette à peine et surtout ne fais aucun effort pour modifier mon attitude désinvolte.

Cependant, l'interprétation des planches m'intéresse par moments. Très vite s'organisent sous mes yeux des constructions très différentes que je prends plaisir à présenter rapidement en expliquant sur un ton condescendant ces interprétations qui sont évidentes pour moi seule (je crois que j'aimerais faire partager mon admiration). Chaque planche donne lieu à des descriptions très variées, et c'est alors que les questions de la psychologue, qui doit prendre des notes, m'impatientent un peu. En effet, les formes s'organisent très vite, de façon différente, permettant plusieurs interprétations à propos de chaque planche, et chaque nouvelle découverte requiert mon attention : c'est ainsi que revenir sur mes premières interprétations m'ennuie énormément et me semble absolument inutile ; j'adhère immédiatement et profondément à ce que je vois, mais je m'en détache tout aussi rapidement, le test fini.

Lorsque je redescends, l'enchantement du parquet, de l'escalier, me captive à nouveau.

En fermant les yeux, je revois les taches colorées qui cette fois s'organisent en cercles concentriques et entrent en rotation. Je les compare à des hélices d'avions ; puis je suis dans le hall d'une aéro-gare et là encore je constate le pouvoir d'orientation des mots employés sur l'organisation des hallucinations.

Maintenant ce sont des stalactites qui tombent d'un mur... J'ai l'impression de descendre une rivière. Je suis dans un bateau, sans doute, mais je ne le vois pas. Un paysage assez pauvre défile devant moi, peu net. Les images deviennent floues, des lignes noires s'entrecroisent. Je vois toujours des plages colorées sur le mur.

Je crois que l'expérience approche de sa fin. Je ne le regrette pas encore : mon état euphorique persiste : je réponds volontiers aux questions.

Je n'ai aucune notion du temps passé. J'ignore complètement combien de temps je suis restée avec la psychologue. Tout cela m'était indifférent, totalement. J'ai eu l'impression que ma voix était changée, pas réellement ma voix, mais plutôt ma façon de parler, très théâtrale et désinvolte, et ceci surtout pendant les tests ; en même temps, l'impression d'une grande facilité d'expression, certainement fausse étant donné la pauvreté du vocabulaire admiratif que j'employais, une impression de facilité qui tenait sans doute à la totale indifférence que j'avais pour les réactions des autres.

J'ai maintenant une soif intense qui a été en empirant pendant le test...

Enfin il me reste un grand regret : je crois avoir mal exprimé la beauté de ce que j'ai vu et l'amour que je portais à cette beauté ; **j'aurais aimé pouvoir le dessiner.**

Je crois aussi que je recommencerais très facilement, trop facilement...

Auto-observation n° 28

J'attendis, assez curieux et un peu inquiet, les premiers effets de la drogue. Après 40 minutes de conversation, mon interlocutrice parut soudain s'éloigner. En même temps, ses propos me devinrent énigmatiques, et je fis l'effort pour comprendre et ne pas répondre à côté. Je renonçai très rapidement, car ma pensée s'effiloçait.

Je me couchai indifférent, le cerveau ouaté et les membres pesants. J'eus très froid et je réclamai une couverture. J'articulai avec difficulté.

Les métamorphoses commencèrent : la pièce s'agrandit, le plafond descendit vers moi, puis s'éloigna. Je redoutai la pénombre, angoissé lorsque le passage d'un nuage obscurcissait la chambre.

Les objets fuyaient mon regard ou ne l'arrêtaient plus, insaisissables et dématérialisés. Mes bras et mes jambes me semblaient étrangers : je les regardais avec perplexité.

Je m'aperçus alors que j'étais seul. Je n'avais pas remarqué que l'expérimentatrice m'avait quitté, et pendant quelques instants, je voulus me lever pour la retrouver et lui demander quelque antidote.

Mais après 1/4 d'heure, une euphorie inattendue m'envahit et je me promenai dans la pièce comme dans un royaume lilliputien, me penchant vers les chaises minuscules et fragiles comme des jouets.

Un peu vertigineux et frissonnant, je me recouchai.

J'étais satisfait. Je me frottai les mains en riant, et je ne reconnaissais plus ma voix. Je m'installai confortablement pour dormir, la tête enfouie sous une capote d'interne. Après un quart d'heure d'isolement, seulement troublé par les bruits du couloir, si désagréables que je réclamai un local insonorisé, je m'endormis pendant 20 minutes environ.

A mon réveil, je fumai une cigarette puis je goûtai à nouveau, les yeux fermés, les délices d'un équilibre très clair et ineffable.

J'avais l'impression de me dissoudre. J'éprouvais par instants, une sorte de mouvement intérieur et voluptueux, comme un sourire dissimulé sous ma peau.

Lorsque j'ouvrais les yeux, le mur me paraissait animé et coloré, comme un kaléidoscope, mais je les refermais vite, préférant la béatitude sans représentation et sans idée.

Cet état se prolongea, paraît-il, plus d'une heure un quart, jusqu'à l'arrivée de la psychologue que je considérai aussitôt comme une tortionnaire. Les planches du test défilèrent devant mes yeux, sans que je puisse fixer mon attention, et je voyais ici une planche rouge, là une planche verte, trop heureux de pouvoir donner une réponse. Je m'interrompis plusieurs fois, épuisé ou riant aux éclats, d'une situation qui m'apparaissait absurde.

L'épreuve dura une heure 5, et je demandai à nouveau l'isolement, loin du bruit et de la lumière.

4 heures après le début de la séance, je rentrai dans ma peau. La pièce reprit ses dimensions.

J'étais las, incapable d'esquisser un geste, « plus vieux de cent ans », prétendais-je. J'eus beaucoup de peine à conduire ma voiture dans l'hôpital et roulais en première. Le soir, j'essayai de dîner en salle de garde, mais le bruit des conversations m'arrivait amplifié comme dans une grotte. La lumière électrique me faisait mal. Je me cachai derrière des verres fumés et allai me coucher.

Le lendemain matin, il me fut impossible d'assurer mon service. Les choses et les gens m'étaient indifférents et lointains.

Je me couchai jusqu'au surlendemain. Je m'éveillai frais et vif. Il ne restait de cette expérience qu'un souvenir, et, malgré les sensations pénibles du début, quelques regrets d'un état de grâce insolite.

II — ETUDE DES TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES SUJETS NORMAUX

Nous allons tenter à présent d'analyser les différents symptômes psychiques retrouvés dans nos 32 protocoles d'intoxication par la Psilocybine chez les sujets normaux. Cette étude est rendue particulièrement délicate en raison de l'interaction profonde des diverses modifications.

Très artificiellement, nous avons tenté de grouper les divers symptômes et nous étudierons successivement :

1. Les modifications de l'humeur,
 2. Les phénomènes psycho-sensoriels,
 3. Les troubles intellectuels et de la mémoire ; dans ce chapitre, nous aborderons également le problème des perturbations de la notion du temps et de l'espace.
 4. Les troubles de la conscience de la personnalité ou phénomènes de dépersonnalisation.
 5. Les constructions délirantes.
- Et nous décrirons ensuite,
6. L'attitude du sujet vis-à-vis de l'observateur.

Après cette description analytique, nous tenterons une étude plus globale de la Psychose Expérimentale créée par la Psilocybine en abordant certains problèmes psychopathologiques qui nous paraissent du plus grand intérêt.

1) MODIFICATION DE L'HUMEUR

La Psilocybine entraîne constamment des modifications de l'humeur. Celles-ci apparaissent pour des doses relativement faibles, alors que ces mêmes doses se révèlent incapables de provoquer des phénomènes psycho-sensoriels.

La preuve en est donnée par l'étude faite chez deux sujets qui se sont prêtés à plusieurs reprises à l'expérimentation de la Psilocybine.

Chez le premier (qui du reste a accepté de subir 3 expériences faites en vue de l'étude posologique de la Psilocybine), on peut noter les résultats suivants :

Dose de 1 mg : aucune modification,

Dose de 5 mg : apparition de troubles thymiques et de légers troubles intellectuels,

Dose de 10 mg : apparition de troubles thymiques, intellectuels, de phénomènes psycho-sensoriels et de constructions délirantes.

Chez le second sujet, il s'est produit un phénomène analogue : une première expérience faite aux doses habituelles n'ayant entraîné que des modifications de l'humeur, le sujet lors d'une deuxième expérience a reçu une dose supérieure : les perturbations observées furent alors particulièrement intenses dans tous les domaines du psychisme.

Les modifications de l'humeur sont en général *d'apparition* précocce. Tantôt le sujet n'en prend pas lui-même conscience (et le changement n'est remarqué que par l'examineur), tantôt il les signale simplement comme un phénomène accessoire, simple symptôme d'accompagnement. Souvent enfin il s'attache à les décrire avec une grande précision, tant leur importance lui apparaît grande.

Elles sont ainsi plus ou moins intenses et ordinairement, elles varient au cours même de l'expérience. Elles persistent parfois le lendemain de celle-ci, exceptionnellement les jours suivants.

= Les manifestations de type *euphorique* sont très fréquentes (29 cas : 91 %). Elles s'intègrent dans des tableaux cliniques différents.

— *Tableau d'allure hypomaniaque* avec jovialité, logorrhée, sens aigu des situations comiques, causticité, impression subjective de facilité et de supériorité, contentement de soi, détente, aisance, impression que les contingences extérieures et les difficultés personnelles sont abolies.

Cette excitation mentale est du reste aussi stérile que celle des maniaques, et recouvre en fait une baisse de l'efficacité (nous reviendrons plus loin sur ce fait) ; la fuite des idées, la pauvreté du raisonnement montrent l'innéité de cette impression très subjective de supériorité. De même l'impression d'aisance, de facilité gestuelle contrastent avec une maladresse exubérante.

— *Tableau de joie contemplative*, avec béatitude anidéique, bien-être physique et repliement sur soi-même. « Je me sens très bien. Il s'agit d'un bien-être physique, musculaire... Cette sensation de bien-être s'accompagne d'euphorie. Celle-ci est parfaitement anidéique... C'est l'euphorie à l'état pur, sans aucune motivation. Elle n'est liée à aucune rêverie agréable, à aucun afflux de souvenirs ni d'images. Je ne me sens pas supérieur, plutôt diminué. Cela m'est d'ailleurs parfaitement égal. Je ne pense à rien. Cette impression de vide n'a rien de déplaisant. Je suis tout entier occupé à goûter mon état de bien-être purement physique, et tout ce qui m'en distrait est sans intérêt, et même franchement importun... raconter ce que j'éprouve m'ennuie... » (Obs. 2).

= Avec une fréquence tout à fait comparable (87,5 %), nous avons observé des manifestations de type *dysphorique* :

Si la tonalité dépressive de l'humeur peut être isolée, toutefois plus souvent elle alterne avec des phases d'euphorie. Dans l'ensemble, l'état euphorique semble l'emporter sur l'anxiété.

Il s'agit tantôt d'une sensation mal explicitée de *malaise diffus* (23 cas, soit 72 %), d'appréhension, de perplexité anidéique ; parfois, mais très rarement, elle est liée au regret de s'être engagé dans l'expérience, voire à la crainte de ne pas retrouver son état normal. Lors de ces périodes dysphoriques, surviennent de véritables *bouffées d'angoisse* (23 cas, 72 %) qui parfois suscitent de pénibles réminiscences voire même des réviviscences : « angoisse des examens... angoisse organique comme celle que peut procurer le kif... angoisse intérieure. » (Obs. 9).

Ces paroxysmes anxieux s'accompagnent parfois d'agitation ou au contraire donnent lieu à un état de concentration douloureuse.

Nous n'avons observé en aucun cas de réactions auto ou hétéro agressives.

« Quand je ne marche pas (le sujet déambule alors sans arrêt), je suis inquiet... je ne sais pas si je suis dans un rêve... j'ai peur...

si je suis assis, je suis tout triste... je ne suis pas comme d'habitude, j'ai changé, je suis devenu inquiet... » (Obs. n° 21).

« Angoisse ressentie presque uniquement sur le plan somatique. Constriction rétrosternale. Serrement de gorge. Sensation anxieuse dont on ne peut se débarrasser par des soupirs et des rires. » (Obs. n° 26).

Cette impression de bien-être ou de malaise est parfois renforcée par des stimuli extérieurs, tels que la vue de certains objets ou l'audition de certains bruits.

« Tous les sons ont une résonance agréable en moi (bruits de pas, claquements de porte) ; ils accompagnent, renforcent et orchestrent en quelque sorte mon bien-être... Le plaisir éprouvé est purement physique, comme une caresse sonore, et pas du tout d'ordre émotionnel, puisqu'il ne comporte aucune exaltation, aucune rêverie accompagnatrice. » (Obs. n° 4).

A l'opposé, les perceptions sensorielles peuvent parfois provoquer ou aggraver le malaise.

Enfin, nous remarquerons l'influence que peuvent avoir sur l'état thymique, les changements d'attitudes corporelles qui modifient la cénesthésie globale du sujet.

« Je joue avec mon bras gauche. J'effectue des mouvements de flexion, d'extension, sans fatigue. Tout à coup mon bras s'est arrêté en flexion et je l'ai laissé dans cette position inconfortable, en le regardant avec étonnement. C'est à ce moment que l'état thymique a été le plus agréable ». (Obs. n° 10).

Quant aux interrelations entre l'état thymique et les phénomènes psycho-sensoriels, nous les étudierons par la suite.

Ces troubles thymiques *dictent en partie le comportement du sujet*.

= Chez 28 de nos sujets (56 % des cas), nous avons observé une subexcitation psychomotrice qui semble relever tantôt de l'euphorie, tantôt de l'anxiété.

L'un de nos sujets tapote sur les murs, manipule les objets, déambule sans arrêt, ne peut rester allongé et cherche même à sortir de la pièce. Dans un autre cas, ayant laissée seule une de nos patientes, nous l'avons retrouvée grimpée sur le bord de la fenêtre (heureusement au rez-de-chaussée), ayant même déchiré un des rideaux. Elle ne pouvait supporter l'idée d'être enfermée dans une pièce. Toutefois, une telle agitation anxieuse reste exceptionnelle.

— Parfois, au contraire, le sujet se montre prostré, reste affalé sur le lit, dans une attitude figée, pseudo-catatonique; ses mouvements sont lents et rares. Tout effort lui paraît insurmontable.

= Subexcitation et prostration s'accompagnent de *variations du débit de la parole*.

— Il peut s'agir d'une logorrhée souvent extrêmement accentuée, susceptible de persister pendant 3 à 4 heures de suite, ou ne se manifestant que lors d'une phase relativement courte de l'épreuve. Cette logorrhée peut s'associer à des variations de la tonalité : le sujet veut en effet faire participer l'examineur à son expérience, et le ton devient persuasif.

— Dans certains cas, au contraire, le débit est ralenti, le sujet ne prononce que quelques mots ; ce pseudo-mutisme, parfois lié à un ralentissement idéique, peut dans d'autres cas s'expliquer par la réaction anxieuse.

= Nombre d'autres troubles du comportement peuvent s'observer, au premier plan les *rires* et les *pleurs*.

— Dans 75 % des cas (26 de nos sujets) on observe des sourires, des rires, des éclats de rire, des fou-rires pour des motifs futiles. Souvent même ils paraissent absolument immotivés non seulement pour l'examineur, mais, parfois aussi, pour le sujet lui-même. Cependant, en présence de tels symptômes, l'attitude du sujet est extrêmement variable.

Ainsi, l'un d'eux a présenté durant près de 3 heures des fou-rires continus, absolument incontrôlables : en fin d'expérience, il nous affirmait qu'aucun n'avait été immotivé, si minime qu'ait pu être le motif de chacun d'eux.

Un autre sujet, au contraire, qui présentait une expérience plus autistique et dépersonnalisante, affirme :

« Les phases d'excitation ou de dépression sont superficielles, épiphénoménales. Il existe des phases de gaieté, des fou-rires sans substratum. Les rires sont immotivés. Peut-être est-ce la pensée intérieure, ineffable et incohérente qui provoque ces rires en cascade, forcés, imposés comme un tic ». (Obs. n° 15).

— Beaucoup plus rarement, nous avons noté l'apparition de pleurs. Ceux-ci surviennent lors des périodes d'angoisse, plus souvent lors des phases émotionnelles.

— En fait, rires et pleurs peuvent se succéder ou même alterner à un rythme rapide chez le même sujet, au cours de la même expérience : « Je ris et je pleure en même temps. C'est un rire nerveux, comme dans certains moments d'impatience. »

Notons de plus que les abréactions émotionnelles s'accompagnent de fous-rires explosifs, de crises de larmes, de gémissements, d'exclamations admiratives dont la violence étonne le sujet qui ne peut « stopper » cette phase émotionnelle, en raison de la suggestibilité du sujet. Celle-ci est telle que l'attitude même de l'observateur peut avoir une grande influence et, dans certains cas, le rire du médecin est « contagieux ». Aussi, avons-nous toujours tenté de garder une attitude aussi « neutre » que possible.

= Nous avons pu noter également des variations du mode réactionnel du sujet tant dans le sens d'une exagération de l'irritabilité que dans celui d'un état de désintérêt, d'indifférence, de véritable « inirritabilité » ; cet état d'*apathie* a été relevé dans 5 observations.

« Je suis curieusement imperméable aux petites causes d'agacement. Je suis inirritable. » (Obs. n° 3).

« Si on me disait que je suis une imbécile, cela me serait tout à fait indifférent. » (Obs. n° 4).

Beaucoup plus fréquemment (11 observations), l'*irritabilité* est nette.

« Je ressens une vague d'irritation contre certaines personnes. Deux d'entre elles paraissent me regarder comme une bête curieuse. Cependant, cette irritation ne dure pas... »

Très souvent, cette irritabilité s'extériorise à l'occasion de l'intervention de l'observateur (examens physiques — tests psychométriques) ; beaucoup plus rarement, elle se manifeste en dehors de toute motivation.

À l'extrême, un certain état d'*opposition* (5 cas) peut se manifester : quelques sujets font preuve de causticité non seulement vis-à-vis de l'observateur, mais encore vis-à-vis des choses et des personnes qui les entourent, critiquent les tests auxquels on les soumet ou opposent une résistance passive aux désirs de l'expérimentateur.

= Enfin, par suite des modifications thymiques, le sujet peut ressentir un *besoin de compagnie* (59 % des cas), soit du fait de son anxiété qui lui fait redouter la solitude, soit au contraire en raison de l'euphorie et de l'extra-version qui peut en être la conséquence.

A l'opposé, les états de joie contemplative avec repli autistique peuvent déterminer un *besoin impérieux de solitude* : le sujet ne peut admettre qu'un quelconque stimulus extérieur vienne faire obstacle à son expérience ineffable.

2) LES PHENOMENES PSYCHOSENSORIELS

La fréquence et le polymorphisme des phénomènes psychosensoriels observés au cours de l'intoxication par la Psilocybine donnent à leur étude un immense intérêt.

Il suffit d'ailleurs de rappeler que le « Champignon » a été vénéré au Mexique en raison de ses vertus hallucinatoires. Celles-ci peuvent intéresser tous les domaines sensoriels. Nous étudierons successivement :

- Les manifestations psycho-sensorielles proprement dites : visuelles, auditives, gustatives, olfactives et esthétiques ;
- Les synesthésies ;
- Les perturbations somatognosiques.

Parmi les phénomènes psycho-sensoriels, il est classique de décrire :

— Les *illusions* : perceptions réelles, mais dénaturées et déformées par le sujet qui les reçoit.

— Les *manifestations hallucinatoires* ou perceptions sans objet : tantôt *hallucinose*, tantôt *hallucination*, qui ne diffèrent que par la notion de croyance, notion en réalité très fragile et fluctuante. Si dans le tableau détaillé des résultats que nous publions (tableau VIII) nous avons tenté cette distinction, nous avons dû réunir ces phénomènes dans notre étude descriptive : très souvent, lorsque apparaissent ces phénomènes, le sujet ne peut en percevoir la nature pathologique, alors qu'ultérieurement et souvent même très rapidement, il déclare qu'il ne s'agit que d'une hallucinose. Il n'en reste pas moins vrai que dans une forte proportion de cas, le caractère proprement hallucinatoire ne fait pas de doute.

De la même façon, il est souvent difficile de saisir le passage de l'illusion à la perception sans objet.

A — Les manifestations visuelles

Comme le laissaient prévoir les premiers écrits relatant l'emploi du champignon sacré du Mexique, les manifestations visuelles sont particulièrement remarquables. Leur importance est déjà soulignée dans les premières publications concernant la Psilocybine : en France, travaux de M. le Professeur J. Delay et collaborateurs (19 à 25) ; en Suisse, étude de von Gnirss (39), von Rummelle (93) ; aux U.S.A., travaux de H. Isbell (80). En raison de leur intérêt, nous avons récemment tenté d'approfondir le problème des « visions de la Psilocybine » (29).

Ainsi que nous l'avons fait dans cette étude antérieure, nous allons à présent, par une analyse détaillée des phénomènes observés, rechercher le mode de formation et d'enchaînement des visions.

I — Etude analytique des visions

a) Les illusions

Elles touchent les objets animés ou non, et en déforment ou dénaturent la couleur, la forme et le relief.

= Les modifications des couleurs s'observent dans un grand nombre de cas.

— Un des phénomènes les plus fréquents est celui de la « saturation » ou de la « désaturation » des couleurs : « les rouges sont vifs », « les couleurs sont franches », « la lumière devient plus intense », « la couleur verte » d'un objet « est plus verte », ou au contraire « toute la pièce est décolorée », « les teintes sont plus fondues ».

— La *luminosité* est sujette à des modifications ; elle est le plus souvent augmentée et très diffusée : « Les yeux de l'observateur sont plus brillants que d'habitude » ; chaque objet participe à cette « brillance » ; certains « deviennent fluorescents. »

— Presque aussi fréquemment, la *tonalité* de ce qui entoure l'objet se transforme ; « les ombres apparaissent colorées » ; « se colorent d'une teinte intense de vert » ; « le mur est riche en couleurs » ou « reste vert tout en étant rose » ; d'une robe unie « la jupe paraît de couleur différente de celle du corsage. »

Ces variations de la couleur sur la surface et à la limite des objets jouent un rôle important dans la genèse des illusions concernant la forme et le relief habituels de ces objets.

= Les *formes* sont modifiées statiquement ou se modifient devant le sujet.

— La pièce où il se trouve est un point de départ illusionnel fréquent. Elle est « rétrécie » « dans toutes ses dimensions » ; ou « plus longue et moins large », ou « extraordinairement allongée » ; le plancher devient un « plan incliné, surtout au bout de la pièce. »

— Le *meubler* participe à ce bouleversement de l'habitude. « Le bureau est plus grand », « tout est très petit : la table, les chaises », « le globe de la lampe est hérissé de piquants comme un oursin », « la montre est toute petite », « les caractères du journal sont plus grands et les lignes ont un centimètre d'épaisseur », « les arbres du jardin sont en fleurs », alors que c'est l'hiver.

— Les *personnages* qui entourent le sujet sont également transformés : « les visages sont allongés à la Gréco », « la figure de la surveillante semble une fleur rouge » ; l'observateur a « des sourcils et des yeux multiples. » De même que celle des objets inanimés, sa taille peut être devenue minuscule.

— de nombreux problèmes qui dépassent notre tentative de pure description des phénomènes se posent enfin. Ainsi, le personnage regardé peut être modifié dans sa nature même : « les examinateurs sont statufiés » ; l'observateur « prend l'aspect de cadavre extrêmement poudré... puis il ne reste que le masque, le visage a disparu. »

— Les formes peuvent être également modifiées cinétiquement devant les yeux du sujet : « Quand on fixe longuement les taches du mur, on les voit bouger lentement » ; « le matelas respire » ; « la lampe est instable » ; « le monde se balance ». Chaque objet semble mener une vie personnelle rythmique. Cette illusion de mouvement rythmé est très fréquemment signalée par le sujet.

= De ces estimations nouvelles des couleurs et de la forme, découle une perception nouvelle du relief, de la perspective : « La cour appa-

rait comme collée à la fenêtre, comme en trompe-l'œil » et des distances : « la main est lointaine », ou au contraire « ne peut atteindre le papier. » De plus, l'impression de relief peut être créée : sur la surface plane du test d'Holtzman, par exemple : « les noirs et les gris prennent un relief inhabituel. »

b) *Les perceptions sans objet*

Qu'elles soient hallucinosiques ou hallucinatoires, les perceptions sans objet ont des complexités fort différentes mais se situent toutes dans un *champ de vision* qui semble posséder des caractéristiques très précises.

= Le plus fréquemment, les visions surgissent lorsque les *yeux sont fermés*. Nous reviendrons sur ce problème après l'étude séméiologique des phénomènes.

Le champ de vision est alors identique au champ visuel normal tel que l'aurait un sujet regardant un paysage. Bien que non mesurable, le périmètre de la vision semble être celui retrouvé par les ophtalmologistes, nettement plus large que haut, sans limites franches. La plupart des sujets n'ont nullement pensé à le décrire tant il leur semblait habituel : « Cela remplissait tout mon champ visuel », dit cependant l'un d'eux. La profondeur de la « vision », la perspective des lignes, le point de fuite, observent les lois habituelles de toute perception visuelle.

Les objets se situent dans des plans bien définis, plus ou moins rapprochés, et leurs formes peuvent être précisées lorsque le temps en est laissé au sujet : « Ces tableaux, on n'a pas le temps de les décrire, ça bouge à toute allure. » Dans la majorité des cas, il peut dénombrer les objets « vus », il essaie d'analyser leur couleur qui, bien souvent, lui paraît être « d'une intensité, d'un rayonnement, d'une brillance jamais rencontrés en pratique ».

(L'importance de la notion de couleur, sa primauté par rapport aux autres données de l'esthésie visuelle, semble être une caractéristique de la vision sous psilocybine.)

Deux points sont à détailler, qui ne correspondent pas à la vue normale.

— Le fond est « sombre » : de « gris beige » à « noir », suivant l'intensité lumineuse frappant l'écran imparfait que forment les paupières.

— La taille des objets (animés ou non) peut ne pas être normale : si elle observe les lois de la perspective, elle est parfois beaucoup plus petite que ne le voudrait la réalité. C'est, alors, « un monde lilliputien ».

= Lorsque les sujets ont les *yeux ouverts*, les perceptions sans objet sont beaucoup plus rares, nous y reviendrons ; elles se projettent alors sur le plan qui se situe devant les yeux, plus ou moins proche, donnant ainsi une vision plus ou moins large, comme celle d'un projecteur sur un écran.

Nous allons maintenant tenter de décrire les perceptions sans objet dans leur complexité croissante :

— Les *Phosphènes* en sont les éléments les plus simples, souvent dénommés comme tels par les sujets médecins : « Des taches colorées rouge pourpre, orange, parfois jaune, rarement bleu ou vert. » « Des pointillés qui donnent l'impression de grossir et de bouger », « de très beaux bleus », « plongés dans une atmosphère d'un noir brillant, quelques couleurs bizarres et riches dans les pourpres ».

— Les visions s'organisent souvent en *formes géométriques* simples ou complexes. Parfois elles s'associent pour former ce que de nombreux sujets ont appelé : « des kaléidoscopes » ; « dessins bizarres, colorés, ellipses, arabesques, triangles et carrés rouges et bleus », « formes géométriques en général symétriques, coquillages rhomboïdes », « cercles concentriques oscillant rapidement sur eux-mêmes, image kaléidoscopique », « je vois d'autres couleurs, surtout du vert, tournoyant et ondoyant, ça forme des motifs assez réguliers, ça ressemble à un kaléidoscope ».

— Ces motifs peuvent être rapportés à des *objets simples* : « boules », « filaments », « marbrures », « bandes » ou être comparés à des mosaïques, des « vitraux », « tapis persans ou chinois », des dentelles, des « fleuves de points colorés », des « rivières de diamants ».

Le sujet fait alors appel au réel pour décrire ces visions. Pour n'en citer qu'un : « C'est une vision de filaments qui fuient. Ce sont comme des écheveaux de laine qu'on fait voler au vent. C'est un cercle qui s'éparpille en vitrail. Ce sont des boules lumineuses qui éclatent et se dispersent, un feu d'artifice. »

— A un degré supérieur, le sujet voit *directement les choses*. Ce ne sont plus des taches de couleur ou des formes qui les rappellent, ce sont des objets immédiatement perçus comme tels.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de *choses inanimées* (impersonnelles ou liées à l'affectivité du sujet). La description en est précise malgré la juxtaposition possible de composantes géométriques ou de « phosphènes » : « décors 1900, avec de ridicules personnages joufflus qui soutiennent les tentures » ; « fourches jaunes », « grilles, grillages, araignées, membres d'insectes ou de crustacés », « maison très moderne, long corridor de couleur très tendre, plafond octogonal, escalier sans rampe » ; « tableau à la Salvador Dali avec un cheval, une sorte d'architecture, des nervures, des voûtes et des colonnes » ; « envolée de toits de pagodes avec des yeux autour et des clochers très chinois, fluorescents » ; « vieilles statues païennes » ; « un plumage avec une tête de chouette, avec un trait lumineux au milieu » ; « aigle de pierre très stylisé, éclairé en rouge, sur un portail, portail d'église... il bouge... est-ce que je suis entrée dans l'église ? Je suis entrée dans l'église et j'ai vu des vitraux... ceci avec des gisants... je vois des têtes... » ; « c'est très sous-marin... je vois un banc de poissons, monde vert glauque... il y a du soleil sous l'eau... je vois du sable... je suis sur la plage, il y a du soleil, des taches qui sont des parasols, des peignoirs... c'est une plage à la Boudin, peinte au couteau ».

— Les visions, même d'*êtres vivants*, sont le plus souvent *inanimées* : les femmes sont statues, les aigles sont de pierre. Mais elles *peuvent parfois vivre*, se mouvoir : « Il y avait des filles dans l'entrepont du bateau » ; « une coquille Saint-Jacques s'ouvre, il en sort une femme aux longs cheveux » ; « des Tonkinoises dansent » ; « une petite dame en violet, ridicule et précise, monte l'escalier ».

— Enfin, exceptionnellement (2 cas), nous avons noté un phénomène hallucinatoire à type d'*héautoscopie* ; nous reviendrons ultérieurement sur cette manifestation qui ne peut être considérée comme une simple hallucination du domaine visuel.

II. — *Modalités de formation et d'enchaînement des visions*

Sans vouloir tenter de comprendre le mécanisme physiologique qui préside à la formation des « visions », ni même d'en saisir la genèse, nous pouvons essayer de discerner les divers facteurs qui peuvent intervenir dans l'apparition et les modifications des phénomènes esthétiques visuels dus à la Psilocybine.

Etant donné qu'il s'agit de phénomènes « psycho-sensoriels », nous pouvons rechercher ces facteurs dans trois domaines différents :

- le monde extérieur (le réel) ;
- l'appareil de la vision (au sens large du terme; ainsi nous indiquerons toutes les influences somatiques qui jouent un rôle dans la vision) ;
- le psychisme du sujet.

a) *Influence du réel :*

Dans le phénomène *illusionnel*, la perception du réel est le point de départ évident qui sera déformé ou dénaturé. On constate que la modification de ce réel, rideau qui bouge, allumage ou extinction d'une lampe, ensoleillement ou assombrissement de la pièce, entraîne une amplification ou une variation de l'illusion.

De même le réel garde une influence de première importance dans les phénomènes de *perception sans objet* ; non seulement les mêmes phénomènes d'ensoleillement ou d'éclairement plus ou moins intenses modifient les couleurs des visions, alors que les yeux sont fermés : « Les visions ont disparu quand le soleil est parti », mais encore les thèmes hallucinosiques dérivent souvent étroitement des post-images : un sujet regarde la plante verte située sur le bureau, ferme les yeux, s'écrie : « Ah ! le palmier !... Je me crois transporté au bord de la mer, sous le soleil et sur une plage. »

Enfin des relations s'établissent entre le sujet et le monde extérieur, non seulement par l'intermédiaire de la vision, mais par celui d'autres manifestations sensorielles. Il existe différentes interactions entre celles-ci. Les synesthésies sont un des phénomènes importants de l'intoxication par la Psilocybine. Nous y reviendrons après avoir étudié les autres manifestations psycho-sensorielles.

b) *Influences mécaniques et somatiques :*

Les variations de l'état physique et de la posture du sujet sont à rapprocher des variations du réel, car elles modifient également les relations existant entre l'objet, réel ou non, et sa perception.

— ainsi, *illusionnellement*, le *changement de position du sujet* par rapport à un réel immobile provoque presque constamment une transformation anormale de sa perception visuelle, surtout celle des distances et de la perspective : « Lorsque j'étais dans l'angle de la pièce, j'avais l'impression de la voir de plus haut » ; « j'ai l'impression que le niveau de la citronnade bouge, or, c'est moi qui bouge ». Ceci provoque d'ailleurs fréquemment une impression d'instabilité, d'incertitude, qui concourt à une sensation d'irréalité, de « changement d'atmosphère » dont nous reparlerons.

— L'influence de ces modifications somatiques se retrouve lors de la recherche des *visions sans objet* : chaque sujet cherche à modifier ce qu'il voit en *fermant et ouvrant* alternativement les yeux, clignant des paupières, les étirant, exerçant une pression sur ses globes oculaires : « Les couleurs sont beaucoup plus violentes quand

je ferme les yeux » ; « Le clignement des yeux exalte l'effet esthétique » ; « les paupières demi-fermées, les hallucinations colorées sont plus nombreuses ».

L'appui du doigt « fait varier l'intensité, la forme, les coloris ; « des pressions localisées donnent successivement des cercles beige ou marron, marron-bleu splendide et rouge ».

Les *variations vaso-motrices*, rarement perçues comme telles par le sujet, amènent des modifications esthétiques : « La vivacité des couleurs n'est pas constante. Ça s'éclaire par bouffées correspondant aux bouffées vaso-motrices agréables. »

Après ces modifications tensionnelles au niveau de l'œil, il convient de poser le problème du rôle de la *mydriase*. Ne peut-on penser que, pour les phénomènes illusionnels, en tout cas, elle pourrait jouer un rôle, minime bien sûr, dans les modifications de distance, de perspective, de relief ?

Enfin, les *variations posturales* influent sur les perceptions sans objet, comme le changement de position du sujet transformait les illusions. C'est en état d'hypotonie, dans un fauteuil confortable, ou sur un lit, que les hallucinations sont les plus nettes. Les sujets recherchent instinctivement une position de repos (de même qu'ils ferment les yeux) : « Ma vision change de semi-assise à couchée. »

c) Influences d'ordre psychique :

A la nette influence des facteurs physiques émanant du sujet ou de l'objet, s'adjoint celle des facteurs psychiques.

= Tout d'abord, il faut noter le rôle des *éléments idéiques* :

La *formulation* : la verbalisation, elle, intervient immédiatement de telle sorte que le mot et l'image sont créateurs l'un de l'autre. C'est une sorte de réaction en chaîne ou d'interaction entre la verbalisation et les images vues... Il s'agit d'une véritable « concrétisation de la pensée ».

« Les mots évoquent de nouvelles ondulations, de nouvelles jouissances que j'essaie alors de décrire, qui appellent de nouveaux mots ; la chaîne ne se ferme pas, car il n'y a jamais de mots adéquats : leur sens déborde l'image qu'ils veulent caractériser et entraînent ainsi d'autres images pour lesquelles ils ne suffisent plus. »

La *volonté* : ce désir de définir, de préciser la vision entre dans un jeu où la volonté de possession, de prise de l'image joue un rôle modificateur : « J'ai l'impression de commander aux choses, de pouvoir les créer ; cela revient si je le veux. » « Si je pense à mon enfance, c'est mon enfance qui va venir. » « Cependant, la volonté ne semble pas toute-puissante. La création d'une vision est souvent laborieuse ou incomplète. Un des intoxiqués note ainsi : « problème et difficulté de Créer dans une scène qui est devant soi : dans le cirque (il assiste, en effet, à un tel spectacle), j'exige des trapézistes ; j'en vois l'ombre, je « sens » le balancement, puis je vois mes petits trapézistes ; non pas « mes » car ils ne correspondent pas : ce sont des nains. » La pensée et la vision se chevauchent : « Quand je pensais : je vais m'envoler, je voyais un paysage comme vu d'avion. » La pensée semble se concrétiser en vision, mais l'image inexacte créée modifie en retour le cours de l'idée ou y adjoint une note affective : « Ce sont des sensations qu'on peut diminuer, qu'on croit pouvoir diminuer », « c'est le rêve en action, solide, tenace, incompréhensible et impréhensible ».

Cet apport constant de l'affectivité trouble les rapports qu'on voudrait nets et précis entre réel et vision, entre vision et intelligence. L'influence réciproque de l'affectivité et de l'esthésie ne simplifie pas l'étude des phénomènes observés.

Mémoire : Le souvenir joue un rôle primordial dans la genèse des illusions et l'élaboration des perceptions sans objet. Tel qui a vu, la veille, une exposition d'art mexicain, traduit toutes les formes géométriques, réelles ou non, en dessins de ce style ; tel retrouve une couleur qu'il a remarquée dans une gouache, le matin même ; tel enfin qui a regardé un tableau au début de l'expérience trouve dans chaque vision des caractéristiques purement picturales ; il interprète des taches ou des objets comme il le ferait devant une peinture : dans les visions de plages, les taches rouges sont des parasols ; il voit même les personnages qui l'entourent comme des portraits. Le rappel mnésique peut d'ailleurs être postérieur à la vision. Ce n'est que le lendemain de l'expérience qu'un sujet reconnaît dans son portefeuille les « poissons argentés » qu'il a vus. Mais en général le souvenir s'accompagne d'une réaction affective intense. Souvent même le souvenir est vécu comme présent. Il existe une véritable reviviscence.

= Ainsi, nous devrions aborder ici l'influence de l'affectivité. Ce problème, en raison de son importance capitale, sera étudié à part. Toutefois, il nous faut signaler dès à présent les *interactions entre les modifications thymiques et les visions*.

D'une part, la forme des visions est très différente suivant l'humeur du sujet. D'autre part, fréquemment les phénomènes psychosensoriels renforcent la réaction euphorique et dysphorique, parfois même la provoquent en raison de la résonance affective profonde que ces phénomènes entraînent.

= Mais nous reviendrons plus loin sur ce problème ainsi que sur celui de l'influence de la *Personnalité* préexistante sur le thème des visions.

B — *Manifestations auditives*

Les manifestations auditives sont relativement fréquentes (20 sujets, 62,5 %), bien moins élaborées que les visions. Il s'agit de phénomènes soit illusionnels soit hallucinatoires.

I. — *Les manifestations illusionnelles*

Les modifications de l'intensité des bruits perçus sont relativement fréquentes (18 sujets, 56 %), et elles peuvent être ressenties à tout moment de l'expérience. Elles sont en général très courtes ; toutefois dans un cas, elles ont persisté pendant 48 heures.

— Il s'agit le plus souvent d'une *hyperacousie* (41 %) se manifestant tantôt par un simple renforcement de bruits extérieurs, tantôt par une « impression de percevoir séparément chacun des bruits » (obs. n° 4), nous dit ainsi l'un de nos sujets.

Cette hyperacousie a, suivant l'état thymique du sujet, une résonance ou agréable ou pénible. Nous avons pu constater, comme précédemment pour les manifestations visuelles, des interférences entre l'humeur du sujet et ces phénomènes sensoriels.

« Je remarque tous les petits bruits — ce qui renforce mon impression de bien-être — même une porte qui claque ou le bruit du vent.

C'est un plaisir purement sensoriel. Les sons ont une résonance agréable en moi. Le plaisir éprouvé serait purement physique, presque comme une caresse sonore. » (Obs. n° 4.)

A l'opposé, l'hyperacousie peut être pénible : « les bruits du couloir sont désagréables ». (Obs. n° 28.)

Enfin, cette hyperacousie a pu, chez certains sujets, rendre intolérable l'insonorisation de la pièce où ils se trouvaient, à tel point que l'un d'entre eux a dû sortir du local insonorisé.

« Tous les sons se répercutaient sur moi » (obs. n° 9), nous dit-il.

— Beaucoup plus rarement, on note une *hypoacousie*. « Les voix entendues sont un peu dans la ouate, il y a une espèce de bruit de fond. »

II. — *Les manifestations hallucinatoires*

De complexité variable, dans leur plus simple expression, elles sont représentées par des *acouphènes* (16 %) : impressions de bourdonnement, de sifflement, le plus souvent transitoires, sans rapport net, semble-t-il, avec les modifications de l'acousie.

Plus rarement encore (12,5 %), on observe des *phénomènes hallucinatoires* plus élaborés. Ces manifestations, dans l'ensemble fugitives, mais nettement perçues par le malade, sont parfois précoces ; c'est par elles qu'ont débuté, dans 2 cas, les manifestations psycho-sensorielles. Elles se résument en fait à peu de chose : l'un de nos sujets entend un bruit de cloches, un autre un moustique. Dans ce dernier cas, l'hallucination est assez intense pour décider le sujet à rechercher ce moustique imaginaire. Si la croyance est absolue au début des manifestations hallucinatoires, très rapidement il y a critique du phénomène. Signalons qu'aucun de nos 32 protocoles ne compte d'hallucinations auditives verbales. Toutefois, au sortir d'une épreuve réalisée en l'absence de tout observateur, le sujet nous a affirmé avoir eu des hallucinations verbales : il avait vu différents personnages, et il avait entendu leur conversation : ils parlaient entre eux et ne s'adressaient pas à lui. Ce phénomène nous paraît ainsi bien différent de l'hallucination auditive du malade mental. Il ne s'agissait nullement d'un phénomène projectif.

C — *Autres manifestations sensorielles*

I. — *Les manifestations gustatives*

Observées dans 28 % des cas, ce sont tantôt des *troubles illusionnels* (modification de la saveur d'une boisson), tantôt d'*hallucinoses gustatives*, mais il est alors bien souvent difficile d'apprécier la nature hallucinatoire du phénomène. Ainsi, un de nos expérimentés a signalé, au début et au cours de l'expérience, l'apparition de troubles digestifs avec « sensation de mauvais goût dans la bouche ». Rapidement, seule a persisté cette impression gustative, qu'il a reconnue plus tard être hallucinosique, peut-être même hallucinatoire. Ces manifestations, influencées par les troubles de l'humeur, ont elles-mêmes une résonance affective et provoquent alors de véritables reviviscences. Enfin, plusieurs sujets nous ont signalé une modification, le plus souvent désagréable, de la saveur du tabac. Il est impossible de déterminer les parts respectives de l'olfaction et du goût dans ces phénomènes.

II. — *Les manifestations olfactives*

Les manifestations olfactives isolées sont exceptionnelles (2 cas, 6 %) ; cependant, dans l'un de ces cas, elles sont très marquées : le sujet a l'impression très nette que son mouchoir est parfumé et il reconnaît alors le parfum utilisé par sa mère !

III. — *Les manifestations tactiles*

Elles sont observées chez 6 sujets (19 %). Il s'agit de manifestations illusionnelles ou hallucinatoires. Ainsi l'un d'eux ne peut se laver les mains tant l'eau lui paraît chaude ou glacée, suivant les moments de l'expérience. Un autre note « une impression de courant électrique dans la tête ».

Lors de l'étude des modifications somatiques, nous avons vu que peuvent apparaître des sensations de picotements, de fourmillement, d'engourdissement. En réalité, ces phénomènes semblent en grande partie liés aux modifications vaso-motrices.

D — *Les synesthésies*

On emploie le terme de synesthésie lorsque, à une perception sensorielle ou sensitive dans un secteur déterminé, s'ajoute, par correspondance ou résonance, une (ou des) sensation dans un autre domaine sensitivo-sensoriel.

Les perceptions correspondantes doivent être des sensations « esthétiques ». La qualité primordiale de ces synesthésies est leur « caractère d'automatisme » — sur lequel insiste notre Maître, le Professeur J. Delay, qui souligne, d'autre part, la prépondérance de l'élément affectif dans leur genèse.

Dans une étude consacrée aux « synesthésies de l'intoxication mescalinique », le Professeur J. Delay, H.-P. Gérard et P.-C. Racamier (15) ont signalé la fréquence de ces phénomènes, fréquence qui s'explique, semble-t-il, par la concrétisation de la pensée et la sensibilisation affective, particulièrement nettes lors de l'intoxication mescalinique (tandis que les fonctions intellectuelles sont dégradées).

Des phénomènes analogues se produisent lors de l'intoxication à la Psilocybine : nous les avons déjà abordés dans l'étude des manifestations visuelles. Bien que n'ayant pas recherché systématiquement de telles manifestations, celles-ci nous ont été signalées spontanément par plusieurs de nos sujets.

— Tantôt, il s'agit de *synesthésies audiovisuelles* (4 cas, 12,5 %) :

— L'audition d'un bruit déclenche, chez l'un, une modification de l'intensité lumineuse (obs. n° 20), chez un autre « la vision d'anneaux colorés et pleins » qu'il compare à des confettis (obs. n° 9) ; chez un autre enfin « la vision d'un arc-en-ciel » (obs. n° 10).

— Le bruit réel d'un moteur transporte l'un d'eux « sur un bateau » (obs. n° 15).

— Tantôt, il s'agit d'*autres synesthésies* :

— L'audition d'un violon provoque « une sensation désagréable au niveau d'une jambe » (obs. n° 20) ;

— Un sujet arrête de fumer ; il signale alors immédiatement la suppression des déformations illusionnelles de la pièce (obs. n° 16) ;

— Dans un protocole, nous avons retrouvé cette phrase : « les sons ressentis comme une caresse sonore » (obs. n° 4) ;

— Enfin, l'apparition d'une hallucinose gustative désagréable a pu modifier la teinte des visions.

Ces phénomènes ont une résonance affective particulièrement nette. Très souvent, du reste, les synesthésies provoquent, elles-mêmes, de véritables reviviscences.

E — *Les perturbations de la Somatognosie*

Des transformations corporelles sont signalées par 16 sujets (50%); elles surviennent en général à l'acmé de l'expérience. Or, l'intoxication à la Psilocybine réalise des conditions particulièrement favorables à la production d'expériences dyssomatognosiques.

Etudiant les problèmes pathogéniques des troubles de la somatognosie, J. de Ajuriaguerra et H. Hecquen (1) écrivent :

« Si l'édification s'est faite et se fait toujours à partir de données kinesthésiques, vestibulaires, visuelles et sensitives, c'est seulement dans l'histoire de l'individu que réside leur intégration. Quoi qu'il en soit, si l'on tente de faire varier les conditions qui président aux fonctionnements de ces diverses activités, des perturbations somatognosiques apparaissent, nous révélant ainsi l'importance de ces composantes. » Ils précisent plus loin que l'état préhypnotique leur paraît réaliser chez le sujet normal « une condition particulièrement favorable aux expériences dyssomatognosiques. La baisse de la vigilance, facteur de relâchement tonique général, intervient très certainement en même temps que les manifestations neuro-végétatives et la libération des tendances instinctives. »

Et ils ajoutent :

« Ce sont les mêmes processus que nous retrouvons en jeu dans les intoxications expérimentales (mescaline, opuntia cylindrica, acide lysergique). Sous l'action du toxique, il se produit une transformation de la personnalité, une impression d'étrangeté du monde extérieur, en même temps que s'altère la conscience et que s'affaiblit la perception du réel. Outre des hallucinations visuelles, les métamorphoses sont nombreuses, l'espace est modifié, en mouvement, les impressions vestibulaires sont intenses. Le sentiment du temps est particulièrement troublé. La déréalisation devient de plus en plus marquée. Le corps est perçu étrangement modifié... »

Les auteurs décrivent alors les différentes perturbations somatognosiques.

Ceci peut être appliqué trait pour trait à la Psilocybine ; ainsi des manifestations dyssomatognosiques sont retrouvées dans nos protocoles, liées en partie à des sensations musculaires particulières et à des troubles du modèle postural. Ces manifestations sont d'ailleurs tellement variées et si intimement mêlées, que nous ne pouvons proposer qu'une classification descriptive.

Nous avons observé différentes sortes de troubles :

a) *Impression d'altération des formes* (des segments corporels sont modifiés). « Mes mains me paraissent incroyablement longues et rétrécies » (obs. n° 28), nous dit l'un d'eux. Un autre a tantôt « l'impression que ses jambes et ses pieds sont plus longs », tantôt celle « qu'une jambe est plus courte que l'autre » (obs. n° 20), et il les regarde avec perplexité ! Tel autre voit dans la glace « son visage plus allongé » (obs. n° 18).

b) *Sensation de légèreté et de lourdeur du corps :*

« Je me sens en liège, puis en plomb » (obs. n° 6), nous affirme l'un d'eux, tandis qu'un autre nous dit : « Je me sens peut-être moins lourd, comme si j'étais dans l'eau en train de faire la planche » (obs. n° 4).

Ces modifications affectent l'état thymique « le plus agréable, c'est certainement cette impression de légèreté », nous dit un sujet qui auparavant ressentait une impression de pesanteur dans les jambes. Il paraissait alors très anxieux.

c) Parfois s'observent une impression de *lévitation* ou d'autres *sensations de mouvement* : « Je deviens plus légère, cela me donne envie de voler » (obs. n° 22) ; cette impression est encore plus forte dans l'obs. n° 26 : « Il y a un affranchissement complet de la pesanteur et de toute sensation physique extérieure... impression de flotter horizontalement entre deux courants d'air. »

Un autre sujet a l'impression « de glisser en arrière, d'être en pente inclinée » (obs. n° 9).

Au total, ces perturbations ont été notées dans 8 cas (25 %) ; des modifications labyrinthiques, des vertiges s'y associent fréquemment.

d) *Impression de dislocation, de détachement, d'altération de la forme globale du corps* : tel nous dit : « Je me sens comme dans l'ivresse, en plusieurs morceaux, comme un pantin démantibulé » (obs. n° 21). Tel autre nous affirme : « Il y a quelque chose de très drôle dans mes avant-bras ; il me semble qu'il en manque un bout » (obs. n° 27). Ou encore « mes deux jambes n'en font qu'une, comme une sirène » (obs. n° 11).

Ces diverses manifestations sont en partie responsables du syndrome de *dépersonnalisation somatique*. « Je fonds, j'ai l'impression que mes cuisses vont disparaître comme si elles fondaient dans l'eau » (obs. n° 18). « Ma bouche n'est pas une bouche, mais une mosaïque, comme un jeu de patience » (obs. n° 26).

Ainsi, ces phénomènes prennent parfois un caractère assez impressionnant. Ils se produisent en général à l'acmé de l'expérience, c'est-à-dire dans un état de conscience crépusculaire. Cette baisse de la vigilance, ainsi que les composantes proprioceptives, toniques, tactiles, visuelles, les troubles de la perception de l'Espace et du Temps jouent un rôle très important, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans la production de ces phénomènes de transformation corporelle.

L'Héautoscopie

Nous ne l'avons rencontrée que dans 2 cas :

— Dans le premier : le sujet s'est « vu » assister à une séance de cinéma. Il était assis, seul dans la salle, et il est absolument certain — bien qu'il se soit vu de dos — qu'il s'agissait de la vision de son double. Nous n'avons malheureusement pas ce protocole, le sujet ayant pris « seul » de la Psilocybine.

— Dans le deuxième cas, l'expérimenté nous affirme au moment même de l'épreuve « voyager à l'intérieur de la moelle de ses os ». Il s'agit ici d'un phénomène d'héautoscopie interne.

Nous n'avons signalé que tardivement ces manifestations, car il ne s'agit pas d'un phénomène « visuel pur ». Bien que, dans ce domaine visuel, l'héautoscopie possède une grande vivacité sensorielle, de nombreux auteurs estiment qu'il faut la rattacher essentiellement à un trouble du moi corporel.

De toute façon, il faut souligner avec Lhermitte (83) « le sentiment d'appartenance de l'image hallucinée ».

3) TROUBLES INTELLECTUELS

Ils sont presque constants ; leur importance est variable d'une expérience à l'autre, et, au cours de l'épreuve, d'un instant à l'autre. Ils traduisent des troubles plus ou moins marqués de la conscience qui, exceptionnellement, dans quelques cas extrêmes, peuvent créer un véritable état confuso-onirique.

Nous envisagerons successivement :

— les troubles de l'attention, de la concentration et du cours des idées ;

— les troubles de la mémoire ;

— les troubles de la conscience du Temps et de l'Espace (en soulignant d'emblée l'intrication très étroite qui existe entre troubles mnésiques et troubles de la conscience du Temps).

A. — *Troubles de l'attention, de la concentration et du cours des idées*

Nous grouperons leur étude dans un même chapitre, car il nous a paru impossible, sur le plan analytique, de dissocier leurs manifestations.

Ces perturbations se retrouvent dans chacun de nos protocoles (100 %) :

— L'intoxiqué éprouve une certaine difficulté à *fixer sa pensée* ; parfois il ne peut résoudre un problème élémentaire. Au cours de l'expérience, l'observateur constate souvent des troubles de la parole, de la lecture et de l'écriture qui sont, en grande partie, liés à cette inattention, à cette absence de concentration, à ce « vide idéique » (signalé d'ailleurs par certains de nos patients).

— Dans un grand nombre de cas, le *débit de la parole* est modifié.

Parfois, il est ralenti (11 cas, soit 34 %). Le sujet bredouille, cherche ses mots, emploie des termes impropres, n'achève pas ses phrases. On note parfois une véritable persévération verbale, parfois même des « pseudo-barrages ».

A l'opposé (dans 17 cas, soit 53 %), lors des périodes de subexcitation — de type euphorique ou anxieux — on observe au contraire une accélération du débit de la parole, une logorrhée incoercible. Il existe une véritable fuite des idées avec des associations pauvres et relâchées. Cette excitation verbale permet au sujet de décrire les incessantes modifications qu'il remarque. Parfois cette logorrhée, accompagnant une impression d'euphorie et d'aisance, contraste avec la pauvreté des idées exprimées.

— De même, la *lecture* est difficile, ânonnante ; surtout, le sujet se fatigue très vite, lit plusieurs fois le même passage sans y prêter attention, n'y porte aucun intérêt. Il est au demeurant incapable d'expliquer ce qu'il vient de lire.

Ce désintérêt pour la lecture est souvent la première manifestation psychique notée par l'observateur ; elle a été relevée avec une particulière netteté dans 5 de nos cas.

— *L'écriture*, elle aussi est pénible. D'une part, ainsi que nous l'avons déjà dit, les troubles neurologiques, la dysmétrie modifient son aspect (lettres plus grandes, caractères mal formés, mots détachés) ; d'autre part le désintérêt, les troubles de l'attention sont responsables de multiples fautes d'orthographe, d'omissions nombreuses de syllabes ou de mots.

— Nous avons tenté d'objectiver les troubles de l'attention grâce à une épreuve élémentaire : à partir d'un signal donné, nous demandons au sujet d'évaluer un espace de temps de 20 secondes, avant l'expérience, puis à plusieurs reprises au cours de celle-ci. En effet, ce test n'a pas essentiellement pour but d'étudier les modifications de la notion subjective du temps : il permet surtout de mettre en évidence les troubles de l'attention : en général à l'acmé de l'intoxication, le sujet, distrait, ne peut compter que lentement, ne serait-ce que jusqu'à 20... Il se trompe, s'arrête, désire recommencer l'épreuve, oublie à nouveau le signal, etc... Parfois l'obnubilation ou l'absolu désintérêt ne nous permettent même pas d'obtenir une réponse.

Le moindre stimulus extérieur exagère les troubles de l'attention. Tout est prétexte à distraction, et tandis qu'existe un désintérêt extérieur pour tout ce qui demande un effort, si minime soit-il, l'intérêt du sujet, superficiel du reste, s'attache au contraire à l'analyse des troubles subjectifs déterminés par l'expérience.

— Nous remarquerons enfin — et nous nous en excusons — que nous n'avons pas soumis nos sujets à des épreuves plus élaborées permettant l'étude des fonctions intellectuelles (du type de celles qui sont pratiquées au cours d'une étude psychométrique) : en effet, des difficultés considérables (comparables à celles que signalait Widlocher à propos du LDS 25) (103) risquaient de rendre les résultats fort discutables.

— Au total, l'extrême distraction, la superficialité de la concentration, la fuite des idées expriment une obnubilation de la conscience plus ou moins accentuée. Nous soulignerons ultérieurement son rôle important dans la pathogénie des troubles.

B. — *Troubles de la mémoire*

Les troubles de la mémoire qui se manifestent sous l'action de la Psilocybine sont représentés essentiellement par des réminiscences et des reviviscences.

Leur fréquence est assez grande, puisqu'ils s'observent dans 41 % des cas (soit chez 13 sujets normaux).

L'extrême réactivité affective liée à l'expérience est en effet responsable des *réminiscences* ; il s'agit d'un « acte de mémoire sociale » avec persistance du jugement d'antériorité et de la conscience du temps (Professeur J. Delay).

Mais en dehors de ces simples réminiscences, nous avons pu constater de véritables *reviviscences* : ainsi que l'a montré le Professeur J. Delay, dans de tels cas, il y a libération d'une mémoire dessocialisée appelée « mémoire autistique » : « le passé n'est pas reconnu comme tel, il est pris pour le présent » (12). Des phénomènes écnésiques jouent ainsi un rôle important dans l'intoxication par la Psilocybine.

— Tant pour les réminiscences que pour les reviviscences, le thème est fourni le plus souvent par des souvenirs d'enfance, parfois par des souvenirs plus récents, en rapport avec des événements qui ont joué un rôle important dans la vie affective du sujet. Aussi ces

manifestations s'accompagnent-elles le plus souvent d'une composante émotionnelle marquée.

— Ces troubles mnésiques relèvent de *facteurs déclenchants* divers, le plus souvent d'ordre sensoriel :

1. *Les facteurs visuels* : il peut s'agir soit d'*objets réels* qui se présentent à la vue du sujet et qui provoquent des associations d'idées ou d'images :

En regardant une plante verte, en l'occurrence un palmier, un sujet dit : « Je me vois transporté au bord de la mer. C'est un peu comparable à la sensation que l'on a lorsqu'on est allongé sur le sable et que l'on va s'endormir... » (obs. n° 17).

Pour un autre : « Les carreaux de la pièce sont mal faits : cela me rappelle intensément ma chambre du P.C.B. » (obs. n° 23).

Il peut s'agir aussi d'*objets imaginaires*, perçus au centre de manifestations hallucinatoires :

« Il y a du rouge et du noir maintenant... comme des bagues de cigare... cela m'a rappelé les boîtes de cigares de mon grand-père... Je ne les avais pas oubliées... Je vois l'appartement de ma grand-mère. » (Obs. n° 29).

2. *Les facteurs auditifs* : c'est ainsi que le sifflement d'un train replonge l'un de nos sujets dans le monde de son enfance et de son adolescence. » (Obs. n° 32).

3. *Les facteurs gustatifs* : ressentant un mauvais goût dans la bouche, un autre sujet reconnaît alors le goût de la « compote de rhubarbe » qu'il détestait lorsqu'il était très jeune... Ce trouble qui se reproduit à plusieurs reprises s'accompagne alors d'une bouffée d'angoisse (obs. n° 31).

4. *Facteurs divers* : chez l'un de nos sujets, une simple sensation de soif déclenche le processus du souvenir : « J'ai soif... cela me rappelle mon anesthésie. (Lorsqu'elle était enfant, la patiente avait subi une intervention chirurgicale.) J'ai l'impression de tomber dans un puits. » (Obs. n° 27).

Un acte très simple, comme celui de boire : « A chaque fois que je bois, j'ai envie de rire, et... c'est drôle... j'ai l'impression que c'est le rire de la mère... Je la vois rire et je ris comme elle. » (Obs. n° 21).

Chez un autre encore, c'est une sensation de malaise physique : « Le malaise physique recommence à augmenter... J'ai l'impression « d'être âgé » comme lors de mon typhus... J'ai l'impression de retrouver ce sentiment de fièvre... Cela me rappelle mes impressions d'enfant... Je sais que je suis à Sainte-Anne, mais je sais aussi que je suis dans ma chambre d'enfant avec un délire de fièvre... » (Obs. n° 29).

Pour un autre encore, c'est une sensation d'angoisse : « J'ai peur comme lorsque j'étais petite fille, en m'endormant. »

— A propos de ces troubles de la mémoire, il nous faut insister une fois de plus sur l'intrication complexe des différents symptômes : nous venons de voir que des manifestations sensorielles pouvaient provoquer une libération mnésique ; inversement, nous avons signalé, lors de l'étude des manifestations visuelles, qu'un souvenir récent peut être le thème idéique d'une hallucination.

— Dans tous les cas, il est très difficile de distinguer les véritables révisions des simples réminiscences, car, dès que diminue l'obnubilation et que réapparaît la critique, le sujet replace correctement dans le passé les événements évoqués.

C — Troubles de la conscience du Temps

Les troubles de la mémoire tels que nous venons de les étudier sont inséparables des perturbations de la conscience du temps. Ainsi le Professeur J. Delay écrit (12) : « La mémoire autistique ne se laisse surprendre que lorsque fléchissent les structures mentales qui assurent la distinction du présent et du passé, du réel et de l'imaginaire. »

La perception du déroulement du temps est, dans nos expériences, profondément troublée. Ces perturbations du « *Temps Vécu* » apparaissent fréquemment (22 cas, 69 %). Les sujets eux-mêmes nous signalent ces modifications de la durée vécue. Ils ont l'impression tantôt d'un allongement, tantôt d'un raccourcissement, tantôt d'une impression d'écoulement du temps.

Pour certains sujets, le temps semble s'étirer : « J'ai l'impression que le temps passe plus lentement, qu'il a plus de densité, plus de « sens » qu'auparavant » (Obs. n° 7).

« Tout est d'une longueur indéfinissable, le temps me dure. A quoi bon ? Pourquoi faire ? » (Obs. n° 9).

Pour d'autres, il semble se rétrécir : « Le temps me paraît un peu rétréci. » (Obs. n° 12).

Pour d'autres encore, le temps cesse de s'écouler : « Il y a eu une période pendant laquelle il n'y avait plus de temps. Je suis toujours un peu en dehors du temps. » (Obs. n° 18).

A la limite, on touche à la notion d'éternité : « Je suis fixée dans le présent pour l'éternité. » (Obs. n° 7).

Un autre sujet met bien en évidence la primauté du présent qu'il semble percevoir dans son essence : « Je suis présent avec un grand P. » (Obs. n° 8).

Un autre a pu dire : « Je vis dans le présent, je suis trop occupé du monde extérieur pour m'occuper du passé. » (Obs. n° 7).

Ainsi, dans certains cas, nous assistons à l'abolition de la conscience du passé et de l'avenir : « Tout se brouille un peu, passé, présent et avenir. »

Ces perturbations du « *Temps vécu* » observées sous l'action de la Psilocybine, sont tout à fait comparables à celles qui ont été antérieurement étudiées dans d'autres Psychoses expérimentales. Ainsi, H. Hecan et J. de Ajuriaguerra ont pu écrire (41) :

« Quasi constantes sont les modifications du Temps Vécu dans les intoxications expérimentales. L'expérience du Temps Vécu, la modification du temps personnel, apparaissent ainsi comme au centre du syndrome. »

A l'opposé, le « *Temps Physique* », tel que l'a défini Piaget, semble de moindre importance dans l'expérience à la Psilocybine... Il est de fait que certains sujets perdent apparemment la notion du temps.

« A la fin du test, on parle de l'heure... Je découvre que j'avais complètement oublié l'heure... Je ne serais pas étonné qu'il soit 5 heures... En réalité, il est 2 heures 25. » (Obs. n° 11).

Mais de ces remarques, se dégage avant tout une impression d'indifférence.

Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel que se trouve réalisée chez le sujet normal une véritable désorientation temporelle ; encore n'est-elle observée qu'à la période la plus aiguë de l'intoxication ; même alors, il s'agit d'une simple impression clinique, donc discutable.

Il n'en reste pas moins que les altérations des structures temporelles prennent une importance de premier plan. On observe une

prédominance des perturbations du Temps Vécu. Les dérèglements de l'humeur, les modifications des afférences perceptives, auditives, visuelles et cénesthésiques, les perturbations du contact avec autrui et le monde extérieur, contribuent à donner à ce Temps Vécu une signification, une densité, un mouvement ou une fixité particulières, parfois même un caractère d'intemporalité.

D — *Troubles de la conscience de l'Espace*

La profonde altération de la conscience de l'Espace, lors de l'épreuve à la Psilocybine, est un des éléments fondamentaux de cette intoxication. C'est en raison du lien profond qui unit les notions d'Espace et de Temps que nous l'étudions ici.

Bien sûr, il est exceptionnel de rencontrer une véritable dissociation spatiale. Elle est alors de courte durée. Très souvent, du reste, le sujet normal nous fait remarquer que cette coexistence du délire et de cette bonne orientation spatiale renforcent le caractère extraordinaire de l'expérience.

« D'une part, on vit ce délire qui vous est imposé ; d'autre part, il y a cette bouffonnerie du type qui est allongé sur le divan. C'est extraordinaire et indéfinissable. » (Obs. n° 29).

Mais à côté de cette excellente orientation dans l'Espace physique, social, nous devons signaler la profonde altération de l'« Espace Vécu ». Nous verrons plus loin, lors de l'étude des syndromes de dépersonnalisation, l'importance de la déréalisation. L'analyse parfaite des troubles ressentis lui fait prendre conscience des transformations de l'ambiance, de son étrangeté. « C'est un monde différent, inhabituel. » (Obs. n° 9).

Lorsque les phénomènes véritablement délirants apparaissent, l'intoxiqué n'a plus cette conscience immédiate du trouble. Il est alors facile pour l'observateur de noter la participation du monde extérieur au délire.

Lors de l'analyse des constructions délirantes, nous signalerons en effet que la « projection » délirante s'opère dans le monde extérieur lui-même. Nous avons du reste déjà signalé ce fait lors de l'étude des visions. « Ce qui est réel pour cette conscience est un amalgame inextricable du réel et de l'imaginaire », écrit H. Ey (36).

Du reste, lorsque la critique redevient possible, le sujet remarque cette profonde modification de l'Espace : « C'est une étrangeté vécue comme un peu agaçante, avec un aspect coagulé, vitrifié, sans relief... J'ai l'impression d'entendre dans du coton, car tout est solidifié. » (Obs. n° 15).

Il existe donc une profonde désorganisation de l'Espace Vécu. Toutefois, pour que l'imaginaire soit projeté et vécu comme hallucinatoire, il faut qu'il existe, à côté de cette désorganisation, une organisation encore possible de l'Espace Vécu.

4) TROUBLES DE LA CONSCIENCE DE LA PERSONNALITE LES PHENOMENES DE DEPERSONNALISATION

Dans 69 % des cas, soit chez 22 sujets, nous relevons un véritable syndrome de dépersonnalisation.

Nous décrivons, ainsi que l'a fait S. Follin dans son étude de la Dépersonnalisation (37) :

— Les sentiments de transformation ou d'irréalité de soi-même (manifestations psychiques et somatiques) ;

— Les sentiments d'étrangeté et d'irréalité du monde extérieur.

A — *Sentiments de transformation ou d'irréalité de soi-même*

Ils peuvent être ou d'ordre psychique ou d'ordre somatique.

I. *Dépersonnalisation psychique*

Le syndrome se traduit par des manifestations variables d'un sujet à l'autre :

— Tantôt, c'est une impression de « *vide intérieur* » : « J'ai l'impression d'être un autre, je me sens étrange. C'est vide, vide, tout est vide. » (Obs. n° 21).

— Tantôt s'observe une impression de *perte de volonté avec sentiments d'automatisme* :

« Les mots sont presque indépendants de l'impression que l'on ressent. Il y a une sorte d'automatisme. » (Obs. n° 26).

— Tantôt le sujet note une sorte de *disparition de l'affectivité* : « Je me sens anormal dans mes états d'âme » (Obs. n° 8). « Mon monde affectif ordinaire a disparu. On efface mon monde mais aussi mon affection... C'est un effacement des valeurs affectives et individuelles... cette impression d'étrangeté doit être normale. » (Obs. n° 18).

— Tantôt enfin l'intoxiqué signale un sentiment de *dédoublement* (3 cas).

« J'ai l'impression de jouer la comédie et de me regarder jouer. Je m'entends rire et j'ai la sensation de rire. » (Obs. n° 7).

Dans des cas exceptionnels, nous observons de véritables phénomènes d'héautoscopie : nous avons déjà souligné la complexité de leur mécanisme d'élaboration et le rôle important joué dans leur genèse par les troubles somatognosiques.

II *Dépersonnalisation somatique*

Il s'avère très délicat de faire une discrimination précise entre les manifestations de dépersonnalisation somatique et les troubles de la somatognosie. Ce fait est souligné par de nombreux auteurs (H. Hecquen et J. de Ajuriaguerra) (41). V.-J. Durand (33) dans un article récent consacré au LSD 25 écrit : « Dans les dysschématies, c'est le corps comme « mon » corps qui est touché ; dans la dépersonnalisation somatopsychique, c'est le « moi-même » dans l'aspect corporel. » Il est certes très difficile de maintenir cette distinction dans le cadre d'une psychose expérimentale. Nous allons tenter toutefois de relever dans nos protocoles des exemples caractéristiques de telles perturbations.

— Tout d'abord, certains sujets signalent le sentiment d'une *densité* accrue du corps propre, sentiment que nous avons déjà cité lors de l'étude des troubles de la somatognosie, car, en fait, il est aux confins de la dépersonnalisation somatique.

— Le sentiment d'être *immatériel* qui accompagne les troubles précédemment décrits est, lui, plus spécifique de cette dépersonnalisation. L'intrication de ces phénomènes est particulièrement bien mise en évidence par la remarque d'un de nos sujets :

« Je me sens en liège puis en plomb, très insensible, très immatérielle... Je ne me sens plus « moi »... Je suis comme une limace, comme une momie... Je n'ai ni genou, ni cou, ni articulations... Je suis une masse. » (Obs. n° 6).

— Ailleurs, l'intoxiqué nous signale une *transformation de certaines parties du corps*, ainsi qu'un sentiment de *bizarrierie* :

L'un d'eux regarde ses mains qui lui paraissent « bizarres » et il se demande si elles lui appartiennent. (Obs. n° 7). De même, dans le protocole de l'observation n° 9, nous pouvons lire : « Mes jambes ne m'appartiennent plus. »

— Parfois cette étrangeté somatique s'accompagne de *modifications des limites du corps*. « Je fonds, j'ai l'impression que mes cuisses vont disparaître, comme moi elles fondent dans l'eau », nous dit l'un d'eux. (Obs. n° 18).

— Ce peut être également le sentiment *d'être en dehors de son propre corps* :

« Je me sentais sortir de mes jambes » (Obs. n° 11), nous dit l'un, tandis qu'en fin d'expérience, un autre nous précise : « Je rentre dans ma peau. »

Cette dépersonnalisation somatique peut donc être différemment exprimée, et de façon plus ou moins nette. L'un de nos intoxiqués semble toutefois avoir ressenti ces phénomènes de façon particulièrement intense.

« Cette main n'est plus une main. Elle est un corps nu. Elle n'a plus suffisamment de poids et d'existence personnelle. J'y vois une autre partie du corps qui s'est substituée, une « non-existence »... Je suis quelqu'un qui n'est plus, une sorte de matière psychique fluide... Je suis une masse sans corps. Dans la glace, j'ai un peu la singularité que je vous trouve. Quand je regarde ma jambe, je me dis qu'elle n'y est pas... Je suis devenue une gélatine psychique... » (Obs. n° 19).

Cette dernière observation montre, d'autre part, qu'il peut être artificiel de séparer la dépersonnalisation psychique et la dépersonnalisation somatique. D'ailleurs, dans nos protocoles, nous relevons à la suite l'une de l'autre, des phases relatives à ces deux ordres de troubles : elles traduisent le sentiment plus global « de transformation ou d'irréalité de soi-même. »

B — *Sentiment d'étrangeté et d'irréalité du monde extérieur la Déréalisation*

La « Déréalisation », ce phénomène que P. Janet appelait « perte de la fonction du réel », accompagne seulement dans nos expériences le sentiment de dépersonnalisation (13 cas, soit 41 %).

— Le plus souvent, nos intoxiqués traduisent cette transformation par le sentiment d'une *perte de la familiarité du réel ambiant*.

« C'est un monde très différent, inhabituel », ou bien « c'est un monde curieux où tout est réel, mais donne l'impression d'être au cinéma... L'impression d'être un acteur de théâtre et de cinéma ; de cinéma à cause des décors irréels et vagues ; de théâtre parce qu'on a l'impression de jouer... » (Obs. n° 13). Cette citation nous a paru particulièrement intéressante car elle traduit non seulement la déréalisation mais également la prise de conscience simultanée de ce senti-

ment et d'un dédoublement qui, nous l'avons vu, est un symptôme caractéristique de la dépersonnalisation.

Tel autre sujet nous dit : « Je trouve drôle tout ce qui est familier. » (Obs. n° 27). Tel autre note « la transparence des choses ». (Obs. n° 28).

L'observateur, les objets de la pièce participent à cette impression d'étrangeté : « Votre singularité m'apparaît plus grande que la mienne. » (Obs. n° 19). « Les figures me paraissent bizarres. » (Obs. n° 7). Ou encore : « Les objets restent en place, mais paraissent immatériels. » (Obs. n° 13).

Enfin, le sujet constate à la fin que le « réel ambiant » se déréalise : « Je vois comme une espèce de fumée, de brouillard. Les voix entendues sont un peu dans la ouate. Cette impression d'étrangeté est très nette... » (Obs. n° 29).

« Tout à l'heure, la pièce était décolorée... Il ne restait plus rien dans la pièce... c'est cotonneux, tout prend une épaisseur différente. » (Obs. n° 10).

Telles sont les multiples manifestations de dépersonnalisation que nous avons pu observer au cours de l'intoxication par la Psilocybine.

Nous n'avons évidemment pas repris, au cours de cette description, les modifications du « Temps Vécu » : leur importance, leur intricatité avec les troubles de la mémoire et divers autres facteurs justifiaient une étude à part. Toutefois, « l'être n'étant constitué personnalité que par une liaison entre le passé et l'avenir » (Hecquen et J. de Ajuriaguerra) (41), ces altérations ne peuvent être dissociées de la dépersonnalisation.

Dans le même ordre d'idées, se placent les troubles de l'« Espace Vécu », les perturbations du système des relations spatiales dans lesquelles est vécu le rapport Moi-Monde.

Surtout, il nous faut souligner un caractère essentiel — qui d'ailleurs se dégage au cours de nos protocoles, et paraît jouer un rôle très important dans l'apparition et l'entretien du syndrome de dépersonnalisation : nous voulons parler de cette introspection si marquée, entraînant l'intoxiqué, tout au long de l'épreuve, à tenter d'analyser, d'approfondir les modifications ressenties. Or, cette auto-analyse reflète et conditionne les sentiments éprouvés par le sujet. « L'auto-analyse, écrit Follin (37) n'est pas séparable de la dépersonnalisation proprement dite, mais forme avec elle un processus unique dont le mouvement vertigineux peut conduire, à travers « une décomposition contemplative de soi-même » et par un véritable renversement dialectique, vers le sentiment d'une nouvelle réalité ayant tous les caractères apparents, pour le malade, de l'objectivité... ceci est particulièrement net dans la dépersonnalisation expérimentale par la Mescaline. »

De la même façon, le Professeur J. Delay et H.-P. Gérard (10), dans leur étude de l'intoxication mescalinique expérimentale, affirment également que la tendance à croire dans l'objectivité de productions subjectives met le dépersonnalisé sur la voie du délire. Ces notions peuvent s'appliquer à la dépersonnalisation créée par l'intoxication à la Psilocybine.

Toutefois, on peut dire que chez le dépersonnalisé, le trouble reste jusqu'à un certain point sous le contrôle du sujet, alors que chez le délirant, il lui échappe : en fait, au cours de la psychose expérimentale provoquée par la Psilocybine, il est souvent difficile de tracer les limites nettes entre dépersonnalisation et activité délirante.

5) CONSTRUCTIONS DELIRANTES

Lors de notre étude des phénomènes de dépersonnalisation produits par la Psilocybine, nous avons signalé cette tendance à « croire » à l'objectivité des phénomènes subjectifs, que possède tout dépersonnalisé. Nous avons indiqué alors combien il est souvent difficile de faire le départ dans nos observations entre ce qui est proprement délire et ce qui ne l'est pas. Lors de notre étude des phénomènes psycho-sensoriels, visuels tout particulièrement, nous avons déjà souligné que les limites entre hallucinose et hallucination sont très délicates à établir. Les merveilleuses féeries qui jaillissent et se déploient « dans une conscience toute entière prise aux sortilèges de l'imagination » (H. Ey) (34), peuvent constituer pour l'intoxiqué un véritable « événement » qui entraîne aussitôt la croyance. « Le temps devient de la couleur, ça prend la forme d'un hibou, d'un hibou coloré. » (Obs. n° 27).

Ces réserves étant faites, dans les expériences à la Psilocybine, les thèmes délirants peuvent avoir pour objet et cadre soit un monde imaginaire et fictif, soit la réalité somatique et psychique du sujet. Plus fréquemment, la projection délirante s'opère dans le monde extérieur et tout particulièrement dans le monde social. De telles constructions délirantes ont été relevées dans 22 protocoles (69 %). « Des significations fulgurantes s'infiltrèrent dans le monde matériel et social, et l'animent. » (H. Ey) (34). Elles s'imposent au sujet par leur évidence, même s'il en tente une critique immédiate.

Ainsi, on note bien souvent un sentiment d'hostilité : les mimiques, les gestes de l'observateur sont considérés comme signifiant cette hostilité. L'un d'eux ressent « le sentiment étrange que, peut-être, on le dévisage. » (Obs. n° 18). Les transformations de l'ambiance sont appréhendées comme menaçantes. L'intoxiqué confère aux objets des intentions le plus souvent malveillantes, rarement bienveillantes.

« On est tout et partie. On fait partie d'un monde hostile, hostile parce que les objets y vivent, ils pourraient remuer et parler » (obs. n° 13) nous dit l'un d'eux. « Les objets ont quelque chose de menaçant » affirme un autre (Obs. 27). Ou encore : « Les planches du test me paraissent hostiles. » (Obs. n° 16).

Les objets prennent une « position affective » vis-à-vis du sujet, ils sont « animés ». « La lampe se moquait de moi. Elle me disait : tu vois que j'ai l'air triste... Un dialogue intérieur s'établit entre les meubles de la pièce et moi. Chacun défendait sa cause. « Vous êtes ridicules, si petits; pourriez-vous me dire l'utilité de votre présence ? » « Nous sommes là comme toi, nous vivons comme toi », semblaient-ils dire ; et pour bien me prouver sa vie, l'armoire, à ces mots, se mit à effectuer quelques amples mouvements d'inspiration... » (Obs. n° 6).

Parfois même le sujet confère aux objets un pouvoir magique, et l'on va jusqu'à observer l'ébauche d'un syndrome d'influence.

« Les petits objets de la vision sont pleins de douceur. Le lapin me plaît. Je sens que je pourrais, sans grand effort, concentrer mon attention et m'attacher à lui. Il pourrait gouverner ma vie parce que je projeterais en lui. Il pourrait être méchant et tout serait méchant pour moi. Il pourrait être bon et protecteur, et m'aimer... Je m'amuse de la parenté que je reconnais entre ma pensée et une pensée délirante. » (Obs. n° 2).

L'observateur, c'est certain, tient une place particulièrement importante dans les thèmes délirants.

« Tout est interprété par rapport au médecin, son crayon et ses papiers... Pourquoi fait-elle bouger le store ? » (Obs. n° 15). Ainsi, l'observateur joue lui aussi un rôle magique ; il commande aux objets, est responsable de phénomènes illusionnels ; le rôle peut aller jusqu'à une « influence » sur l'intoxiqué lui-même. Plusieurs sujets nous ont signalé la certitude que leur propre rythme respiratoire, par exemple, était dirigé ou modifié par l'observateur. Ces thèmes d'influence ne s'accompagnent pas toujours d'un sentiment d'hostilité. Parfois, et surtout lors des périodes euphoriques, l'impression dominante est celle d'une grande bienveillance ressentie par le sujet.

Cherchant à découvrir le sens de ce véritable rébus qu'est devenu pour lui le monde extérieur, le sujet perçoit alors des coïncidences bizarres, des significations jusque là cachées et qui, lors de l'épreuve, lui paraissent évidentes. « Je découvre enfin ce que c'est qu'une myriade. » (Obs. n° 11). « L'angle de l'armoire est particulièrement remarquable. C'est un angle pur. » (Obs. n° 7). Mais le sujet ne peut préciser les raisons de ces faits : ils se sont « imposés » à lui.

Les situations actuelles et certains états affectifs antérieurs peuvent parfois revêtir une identité évidente pour le sujet.

« Quand j'ai entendu un tintement, j'ai vu des anneaux colorés et pleins qui ressemblaient à des confettis. C'étaient les baisers de ma mère quand j'étais enfant ; ils ressemblaient à des confettis, et étaient teintés de couleur. » (Obs. n° 9).

Quelques sujets, lors de l'épreuve, en arrivent à un sentiment d'expansion illimité de leur « moi » dont ils prennent en partie conscience.

« Il me semblait qu'une barrière était rompue et que je communiquais mieux avec le monde ambiant » (Obs. n° 21). Un autre précise encore : « Tout a une densité extraordinaire. J'ai l'impression d'une communication avec le monde des objets. » Et il ajoute encore qu'il existe une « harmonie universelle » dont il pense « avoir la clé » (Obs. n° 7).

Ainsi la Psilocybine nous apparaît capable de bouleverser les relations existant entre le Moi et le Monde. Les idées délirantes retrouvées dans nos protocoles sont la traduction de cet événement fantastique que vit le sujet pendant cette intoxication.

6) ATTITUDE DU SUJET VIS-A-VIS DE L'OBSERVATEUR

Il nous faut à présent décrire l'attitude du sujet vis-à-vis de l'observateur, car elle nous paraît traduire certains faits importants.

— Nous avons déjà dit que, dans un certain nombre de cas, l'expérimentateur *peut être intégré dans le délire*. L'intoxiqué lui prête une attitude méfiante, voire même hostile. Il lui fait jouer parfois le rôle d'un véritable magicien, en le rendant responsable des manifestations illusionnelles perçues. Parfois, il est certain de l'influence jouée par cet observateur sur sa personne même.

— Dans d'autre cas, le *médecin ne fait pas partie du délire*.

Le sujet, qui vit alors une expérience ineffable et incommunicable, perçoit l'incompréhension de l'observateur, tantôt avec une résignation amusée, tantôt avec irritation.

« Je suis toujours dans le charme. Je suis un peu agacé par le prosaïsme de l'examineur, des soucis de tâcheron qui veut tout écrire et arrête mon élan par des questions. Il est décourageant comme

un élève peu doué peut l'être pour un maître brillant. L'indulgence résignée finit par être mon attitude. » (Obs. n° 2).

— Dans 5 cas (16 %), nous avons du reste pu observer un comportement de véritable *opposition*. Les raisons en semblent multiples : les modifications de l'humeur, l'asthénie, le désir qu'a le sujet de profiter de ces instants ineffables sans être dérangé, l'impression d'hostilité du monde extérieur... L'intoxiqué « subit » les examens physiques, l'interrogatoire, l'examen psychométrique. Il tourne volontiers en dérision l'examineur, peut refuser tout effort pour préciser les perturbations créées par la Psilocybine.

Parfois, le comportement du sujet peut être influencé par des réminiscences pénibles. Chez l'un d'eux, l'examen psychométrique provoque un état d'opposition anxieuse particulièrement net : il a fait jaillir en lui le souvenir d'examens passés lorsqu'il était à l'école : « J'avais l'impression qu'on voulait me faire travailler. » (Obs. n° 21).

— Dans 19 cas (59 %), nous avons observé un certain manque de *self-contrôle vis-à-vis de l'expérimentateur*. Les sentiments de la déférence sociale ont disparu, remplacés très souvent par une attitude plus « affective ».

— Certains sujets ont spécifié le « *besoin de solitude* » (6 cas soit 19 %). Plus nombreux néanmoins sont ceux qui ont reconnu que la présence de l'observateur s'avérait nécessaire (19 cas, soit 59 %). Le *besoin de compagnie* est motivé par plusieurs transformations : tout d'abord, la Psilocybine peut créer un état hypomaniaque durant lequel le sujet, logorrhérique, désire faire participer à son euphorie les personnes présentes ; tantôt au contraire il peut être très anxieux et craindre l'isolement. Toujours est-il que les modifications de contact et des relations sont certaines entre le sujet et l'examineur. Le départ de ce dernier peut être vécu par l'expérimenté comme un véritable abandon.

Ainsi, l'attitude du sujet vis-à-vis de l'observateur peut être très variable, parfois opposée, selon les différents temps de l'expérience.

Il nous faut donc essayer d'aborder le rôle joué par la présence ou l'absence d'un tiers. Nous avons antérieurement précisé que l'un de nos sujets (Obs. n° 34) avait absorbé, seul, 10 mg de Psilocybine (c'est-à-dire la dose habituelle). C'était sa seconde expérience, la première ayant été pratiquée selon le protocole habituel. Les phénomènes visuels furent très marqués. A propos de cette seconde expérience, le sujet nous a même signalé la présence de phénomènes héautoscopiques certains. Un autre sujet renouvelle également l'épreuve à la Psilocybine. Lors de la première expérience, plusieurs observateurs étaient dans la pièce ; la seconde fois il était seul. Il remarque lui-même que la présence d'un tiers est souvent profondément gênante. La nécessité de parler et donc de se « vider en paroles », d'extérioriser les modifications ressenties (il s'agissait surtout d'un syndrome de dépersonnalisation), est perçue comme très pénible. Cependant, nous l'avons déjà signalé, la verbalisation, la nécessité de formulation, en raison d'une sorte de « concrétisation de la pensée », nous ont paru avoir une influence sur le mécanisme de production des visions.

La présence d'un observateur joue donc de toute évidence un rôle important lors d'une épreuve de Psilocybine. L'attitude du médecin, ses questions, l'examen physique renouvelé... sont autant de facteurs qui ramènent le sujet dans la « réalité », suppriment momentanément la croyance délirante. C'est pour cela que nous avons tenté de diminuer le plus possible ces différents examens et que nous avons

essayé de conserver durant toute l'épreuve une attitude parfaitement neutre.

III — ETUDE PSYCHO-PATHOLOGIQUE DE LA PSYCHOSE EXPERIMENTALE CREEE PAR LA PSILOCYBINE

L'analyse détaillée des divers symptômes créés par l'intoxication à la Psilocybine nous a permis de mettre en évidence la richesse de la séméiologie, celle-ci s'avérant du reste très variable, non seulement d'une expérience à l'autre, mais aussi d'un instant à l'autre lors d'une même expérience. Avant d'aborder maintenant l'étude psycho-pathologique, nous devons insister sur le fait que cette drogue est capable de déterminer un véritable délire : c'est ce qui nous permet d'affirmer que la Psilocybine crée une psychose artificielle. Elle peut donc être classée dans le groupe des « psycho-dysléptiques », tels que les définit notre Maître le Professeur J. Delay (18) : comme toute drogue psycho-dysléptique, elle « engendre une déviation délirante du jugement avec distorsion dans l'appréciation des valeurs de la réalité. »

Dans le cadre de notre étude, nous tenterons d'examiner successivement :

— Les rapports entre la notions de croyance et le niveau de conscience ;

— L'influence de la personnalité sur le tableau clinique observé ;

— L'influence de l'intoxication sur l'affectivité du sujet, et nous présenterons enfin les résultats de l'étude psychométrique.

I — *Rapports entre notion de croyance et niveaux de conscience*

Ce problème ne peut être traité que sous l'angle de la psychopathologie et des psychoses artificielles : la Psilocybine provoque une destruction de la conscience plus ou moins prononcée qui entraîne une libération de l'imaginaire et des automatismes psychologiques. Or, un des phénomènes les plus importants de l'intoxication à la Psilocybine est cette succession de phases d'activité délirante et de phases de critique.

— Dans la majorité des cas, le niveau de conscience est élevé et la critique certaine chez ces sujets habitués à l'analyse : la notion d'espace et de temps, la participation à l'ambiance extérieure demeurent, le langage et l'écriture sont possibles, ainsi que la synthèse intégrante avec ses références constantes au réel : « Je le vois et je sais bien que cela n'existe pas. » (Obs. n° 29). Les phénomènes produits sont parfaitement mnésiques.

— Mais à d'autres moments, la vigilance est moindre : la mimique, l'attitude et les paroles du sujet le révèlent, ainsi que les phénomènes de régression, d'ébauche de déréalisation et de dépersonnalisation. La conscience imageante libérée présente une telle subjectivité pour le sujet que celui-ci ne peut rester le maître du jeu dans lequel il est complaisamment entré. Il vit une expérience dont il ressent alors un éprouvé irrécusable. Les significations, les intuitions délirantes apparaissent. C'est une véritable expérience délirante : « Le monde vécu et senti comme l'expérience même de l'éclatement de la réalité... constitue le mode d'organisation scénique de la conscience crépusculaire. » (H. Ey) (36). Mais très vite, l'obnubilation de la conscience

diminuant, le sujet critique à nouveau ces modifications. Il a lui-même conscience de cette alternance des phases :

« C'est un monde curieux : tout est réel et donne l'impression d'être au cinéma à cause des décors irréels et vagues, d'être un acteur de théâtre parce que l'on a l'impression de jouer... de jouer avec vous. » (Obs. n° 13).

Le sujet est donc alternativement acteur et spectateur de lui-même comme de son public.

La notion de croyance est donc intimement liée à celle du niveau de conscience. Ainsi que l'a montré H. Ey à propos des bouffées délirantes, la conscience imageante libérée par la Psilocybine est, elle aussi, « comme une vision spéculaire de soi, si chargée de subjectivité qu'elle se prend elle-même à son image. » (36).

2) — *Influence de la personnalité sur la symptomatologie de l'intoxication*

Les phases délirantes de l'intoxication, les onirismes expérimentaux, permettent, nous l'avons vu, « une révélation des tendances latentes de la personnalité ». Le sujet se trouve plongé dans un monde où le moindre objet, la moindre image a une signification personnelle. Il en a une connaissance intuitive immédiate, traduite par des assertions, symboles de croyances et de désirs, qui se placent dans un contexte propre à développer les composantes narcissiques et ludiques.

Le délire n'est pas, il est vrai, une manifestation constante de l'intoxication à la Psilocybine. Toutefois, même en l'absence de délire, l'examen du protocole entier de l'intoxication permet d'obtenir également un certain nombre de renseignements sur la personnalité du sujet. Inconscient de sa déchéance, l'intoxiqué se trouve, à tous les stades, déchargé des contraintes extérieures ou intimes. Le fond de sa personnalité demeure cependant intact, car l'atteinte est superficielle. L'étude du comportement du sujet, habituellement euphorique, permet de connaître certains sentiments que cachent en général les contraintes sociales. Quant aux bouffées anxieuses, elles laissent facilement transparaitre une origine personnelle, car elles traduisent souvent une inquiétude intime.

Lorsqu'apparaissent les phénomènes psycho-sensoriels, un nouveau domaine de la personnalité peut être exploré. Lors de l'étude des manifestations visuelles, nous avons signalé qu'une subjectivité de plus en plus évidente était projetée dans ces phénomènes, subjectivité qui, liée aux troubles de conscience, peut conditionner le délire.

Ainsi, la Psilocybine est un moyen chimique d'exploration de la personnalité globale du sujet. Les phases oniroïdes ont une particulière importance, car elles permettent l'étude des affects les plus profonds. Cette « oniro-analyse » ainsi obtenue n'est du reste pas spécifique de la Psilocybine, mais existe avec tout psycho-dysléptique.

Nous ne pouvons pas ne pas proposer à présent l'hypothèse suivante : puisque la personnalité conditionne la réaction, ne pourrait-on pas prévoir le mode de réponse à l'intoxication si nous connaissions antérieurement le type de personnalité de ce sujet normal. Abordant cet intéressant problème avec le LSD 25, Ph. D. David Landy et N.A. Alberto Dimascio (9) ont trouvé des corrélations entre le mode de réaction et le « type corporel ». Or nous connaissons les corrélations existant entre la constitution somatique et le type de personnalité. Il nous a été impossible dans notre étude d'entreprendre des recherches de ce type, la dose/kilog de Psilocybine absorbée par

nos sujets normaux n'étant pas constante. En revanche, à l'heure actuelle, des recherches psychométriques sont entreprises dans le Service du Professeur J. Delay afin d'étudier les éventuelles relations entre le mode réactionnel du sujet et son type de personnalité.

3) — *Influence de la Psilocybine sur l'affectivité*

Nous nous contenterons de souligner ici sa très grande importance. Nous avons signalé la constance des modifications de l'humeur : elles donnent le ton à l'intoxication. Les divers phénomènes, et tout particulièrement les phénomènes psycho-sensoriels, entraînent une réaction immédiate de joie, de plaisir ou d'effroi. Tantôt ils sont qualifiés subjectivement par le sujet « rouge que j'aime, vert que j'exècre », tantôt ils provoquent l'apparition de réminiscences ou de réviviscences s'accompagnant d'une forte décharge émotionnelle. Cette exaltation, cette réactivité affectives sont, nous allons le voir, le seul élément positif retrouvé lors de l'examen psychométrique.

4) — *Etude psychométrique*

Cette étude psychométrique a été réalisée dans le laboratoire de Psychologie de la clinique (service du Professeur J. Delay) par Monsieur J. Perse. Vingt sujets normaux (15 du sexe masculin, 5 de sexe féminin), ont été volontaires pour cette expérimentation.

Test utilisé : Les tests classiques d'intelligence n'ont pas été pratiqués. Nous avons fait choix du test des taches d'encre mis au point en 1958 à l'Université du Texas par Wayne H. Holtzman (74 à 79). C'est une épreuve projective dont le principe est analogue à celui du test de Rorschach mais dont les modalités techniques et les qualités métrologiques paraissent devoir se prêter davantage aux exigences de la recherche scientifique et de l'exploitation statistique des données numériques. Il se présente sous deux formes parallèles A et B comportant chacune 45 planches, les unes en noir, les autres en couleur du type de celles de Rorschach, certaines d'entre elles étant toutefois dépourvues d'axe de symétrie. Le sujet est prié de donner une seule interprétation par planche, et on admet qu'il y a refus s'il ne peut y parvenir en une minute. Chaque interprétation est cotée par rapport à différentes variables, la plupart d'entre elles étant empruntées à la technique de Rorschach : localisation, déterminants, contenus... La différence essentielle consiste en ce que chaque variable reçoit une notation numérique sur une échelle en quelques points, toutes les variables étant susceptibles de recevoir une cotation pour chacune des 45 interprétations. Le total des interprétations restant fixé et égal à 45 (au nombre de refus près), il n'est pas nécessaire de recourir à des calculs de pourcentage et la note finale pour chaque variable sera le total de ses cotations aux 45 planches.

Techniques expérimentales : Chacun des 20 sujets a passé chacune des formes parallèles A et B du test, l'une à l'état normal, l'autre après ingestion de 10 mg de Psilocybine, les deux passations étant séparées par un intervalle de huit à dix jours. Pour éliminer les effets dits d'apprentissage entre le test et le re-test, dix sujets ont passé l'épreuve sous psilocybine au cours de la première séance (cinq avec la forme A, cinq également avec la forme B).

Résultats numériques : Les résultats préliminaires sont résumés dans le tableau VI (page suivante). Des résultats complémentaires

feront l'objet d'une publication détaillée ultérieure. Les colonnes 2 et 3 de ce tableau font apparaître la moyenne des résultats de chacune des variables calculée sur les vingt sujets.

Interprétation et conclusion

1° — Les différences moyennes de chacune des deux variables envisagées, qui figurent dans la colonne 4 sont très faibles ; aucune n'est statistiquement significative, comme il ressort du calcul du test « t » dans la colonne 5. Dans les conditions expérimentales que nous avons décrites, il n'existe donc aucune action systématique de la psilocybine sur aucune des variables.

2° — Cette absence de variation systématique peut recouvrir des différences d'action inter-individuelles, comme semble le suggérer l'observation clinique. Pour la vérifier nous avons calculé, pour chaque variable, le coefficient de corrélation (r de Bravais Pearson) entre les deux séries de valeurs obtenues sans Psilocybine et sous Psilocybine. C'est le coefficient qui figure dans la dernière colonne du tableau. On constate pour les variables Rej, L, FD, FA, M, H et Ab des corrélations qui sont toutes statistiquement significatives ou hautement significatives, et d'un ordre de grandeur comparable à celles qui ont été rapportées par les auteurs du test dans les études de fidélité entre les formes A et B. On peut donc admettre que ces variables demeurent particulièrement stables et ne sont pas affectées par les conditions expérimentales. En revanche, on observe deux corrélations non significatives, celles qui se rapportent aux déterminants couleur et estompage, pour lesquels on est donc en droit d'admettre de grosses différences d'action individuelle qui se compensent sur l'ensemble des vingt sujets. Ces résultats conduisent à mettre l'accent sur le trouble de la *réactivité affective* et mettent au premier plan des modifications observées, les perturbations affectives des sujets. Trois autres corrélations qui concernent les contenus ne diffèrent pas statistiquement de la nullité : ce fait ne semble pas appeler d'autre interprétation que l'instabilité relative des contenus dans ce genre d'épreuves.

TABLEAU VI

COMPARAISON DES RÉSULTATS NUMÉRIQUES
AVEC ET SANS PSILOCYBINE

1	2	3	4	5	6
Variables	I sans psilo- cybine	II avec psilo- cybine	II-I diffé- rence	t	r I. II
Nombre de refus Rej	2,10	2,60	+ 0,50	0,75 N.S.	+ .80 ****
Localisation L	34,55	38,40	+ 3,85	1,10 N.S.	+ .59 ****
Définition de la forme F D	83,10	80,80	— 2,30	0,54 N.S.	+ .56 ****
Adéquation de la forme F A	36,95	34,80	— 2,15	1,11 N.S.	+ .39 *
Déterminants :					
couleur C	18,45	16,10	— 2,35	1,03 N.S.	+ .27 N.S.
estompage Sh	17,25	17,10	— 0,15	0,07 N.S.	+ .10 N.S.
mouvement M	39,70	35,60	— 4,10	1,36 N.S.	+ .60 ****
Contenus :					
humains H	26,90	26,40	— 0,50	0,21 N.S.	+ .54 ***
animaux A	24,65	23,65	— 1,00	0,44 N.S.	+ .29 N.S.
anatomiques At	2,40	2,25	— 0,15	0,16 N.S.	+ .03 N.S.
sexuels Sx	1,90	1,30	— 0,60	0,69 N.S.	— .19 N.S.
abstraits Ab	1,55	0,90	— 0,65	1,29 N.S.	+ .55 ***

N.S. non significatif,

* significatif au seuil de .10

** significatif au seuil de .05

*** significatif au seuil de .02

**** significatif au seuil de .01

Ainsi la Psilocybine crée une psychose artificielle qui peut présenter, chez le sujet normal, une symptomatologie complexe. Toutefois, nous devons insister sur certains points que nous estimons être particulièrement importants. Le ton de l'expérience est lié à l'exaltation de l'affectivité ; le problème de la « Croyance », du Délire, est intimement lié à celui du « niveau de conscience ». Enfin, cette oniro-analyse peut faciliter l'étude de la personnalité du sujet.

C. — EFFETS PSYCHIQUES CHEZ LES MALADES MENTAUX

L'épreuve à la Psilocybine a donné lieu chez les malades mentaux à des effets psychiques bien différents de ceux qui ont été observés chez les sujets normaux ; leur étude rend nécessaires quelques précisions supplémentaires sur les conditions de notre travail.

Ce cadre général posé, nous comparerons la psychose expérimentale du sujet malade à celle du sujet normal. Nous envisagerons ensuite l'influence du type de l'anection mentale sur les modalités réactionnelles observées et nous chercherons à montrer l'intérêt diagnostic (et éventuellement thérapeutique) de cette épreuve. Nous tenterons enfin de voir quelle est sa place parmi les autres méthodes chimiques d'investigations psychiatriques.

Les conditions de notre étude

= Rappelons qu'elle repose sur 68 protocoles correspondant à 61 malades. Le mode d'administration de la Psilocybine (voie orale ou voie parentérale) a été antérieurement décrit.

= Deux remarques particulièrement importantes doivent être soulignées à nouveau :

— Le malade n'a pas la curiosité du bien-portant vis-à-vis de cette intoxication ; il l'envisage tantôt comme un moyen d'investigation prescrit par le médecin, tantôt comme une thérapeutique ;

— Son état pathologique antérieur diminue le plus souvent ses facultés d'auto-analyse.

1) Ces malades, qui étaient hospitalisés soit en service libre, soit en service fermé, présentaient des *affections mentales* diverses et ont pu être classés de la façon suivante (5 groupes) :

Groupe	Nombre d'expé- riences
I — 18 schizophrènes (12 hétérophrénocatatoniques - 6 délires paranoïdes)	21
II — 6 délires chroniques	6
III — 5 psychoses maniaco-dépressives	6
IV — 5 débiles mentaux	6
V — 27 névroses - psycho-névroses - déséquilibre psychique ..	29
— dont 3 malades dont l'éthylisme était notoire.	
—	—
= 61 sujets malades	68

Ainsi, la plupart de nos malades n'ont reçu qu'une seule fois de la Psilocybine.

La lecture de ce tableau nous avertit tout de suite qu'il s'agit de malades présentant, à des degrés divers, des troubles profonds de la personnalité et de l'affectivité, et qu'il ne saurait être question, par conséquent, de pousser l'étude analytique aussi loin que chez les sujets normaux. Il est bien certain qu'un psychotique ou un névrotique auront des réactions différentes en relation avec leur propre processus pathologique, ce qui rendra plus délicat, voire même impossible, l'examen des syndromes plus complexes (dépersonnalisation - constructions délirantes).

2) Il nous a été difficile de préciser avec exactitude la *durée d'évolution de la maladie avant l'expérience*.

Toutefois, nous devons signaler que les premières épreuves ont porté essentiellement sur des malades chroniques dont les troubles étaient connus et traités depuis plusieurs années. Ultérieurement, nous nous sommes de plus en plus souvent adressés à des sujets présentant une affection mentale dont les premiers symptômes étaient d'apparition récente.

3) Il nous semble indispensable d'insister sur les « *conditions thérapeutiques* » dans lesquelles étaient les malades au moment de l'expérience.

Nous avons de plus en plus tenté de procéder à cette épreuve avant tout traitement. Toutefois, lorsque celui-ci était déjà entrepris, il nous a semblé nécessaire de l'interrompre plusieurs jours avant l'expérience (au minimum 48 heures).

Cependant, dans quelques cas, l'épreuve de la Psilocybine fut faite pendant le traitement même du malade, ce qui nous a permis de constater certains faits intéressants, résultant de l'association médicamenteuse, et que nous présenterons sans plus attendre.

Association médicamenteuse

— Trois malades étaient traités par un *tranquillisant*, le procalmadiol : la symptomatologie de l'intoxication ne paraît nullement avoir été modifiée. Dans deux cas, la contre-épreuve fut réalisée quelques jours plus tard après arrêt du traitement. La deuxième réaction fut alors semblable à la première.

— Six autres malades étaient traités par des *neuroleptiques majeurs* :

a) *Chlorpromazine* : une malade (groupe V) recevait 100 mg de ce médicament. Une contre-épreuve, sans traitement, eut lieu quelques jours plus tard.

Si les troubles somatiques furent identiques pendant les deux épreuves, les effets psychiques observés furent très différents. Au cours de la première expérience, la réaction psychique fut très retardée et uniquement euphorique, avec apparition de phénomènes psychosensoriels dans lesquels se traduisaient des préoccupations de la malade. Cette expérience était, si l'on peut dire, « normalisée ». En revanche, lors de la seconde épreuve, la malade eut une réaction très violente, avec apparition immédiate d'une hyperthymie anxieuse accompagnée de quelques manifestations psycho-sensorielles intégrées dans cette dysphorie.

b) *Lévomépromazine* : un malade (groupe I) recevait lors d'une première épreuve 150 mg de ce médicament. Une seconde épreuve fut également faite lorsque la malade prenait encore 75 mg de ce neuroleptique (il avait été en effet impossible de supprimer totalement la thérapeutique).

Dans les deux cas, nous n'avons observé que des modifications somatiques.

c) *Thioridazine* : un malade (groupe I) recevait 200 mg de cette phénothiazine : les effets psychiques furent très minimes.

d) *Le 78 43 RP* (une sulfamido-phénothiazine) : un malade (groupe I) qui venait de recevoir une cure importante de ce médicament, et

avait un traitement d'entretien lors de l'épreuve à la Psilocybine, n'a présenté également qu'une réaction minime.

c) *Réserpine* : un malade (groupe V) recevait 2 mg de ce médicament lors de l'épreuve : les modifications somatiques se produisirent normalement, mais il n'y eut aucun effet psychique.

— *Imipramine* : une malade (groupe V) qui recevait 150 mg de ce produit n'a eu, en dehors des manifestations neuro-végétatives, qu'une très légère dysphorie.

Ainsi, dans la majorité des cas, l'existence d'un traitement par les neuroleptiques majeurs au moment de l'épreuve paraît totalement modifier la symptomatologie de celle-ci. Les phénothiazines, la réserpine bloquent, ou tout au moins diminuent considérablement les effets psychiques de la Psilocybine, tandis que les effets somatiques se produisent normalement. Quant à l'imipramine, il est impossible d'affirmer une influence équivalente : dans le seul cas où elle a été associée à la Psilocybine, il n'y a pas eu de contre-épreuve.

Cet effet des neuroleptiques n'est pas pour nous surprendre. Il avait été déjà reconnu lors de l'étude des autres psycho-dysleptiques (mescaline et LSD 25). De plus, en envisageant la « thérapeutique » des psychoses expérimentales créées par ces deux drogues, M. Ropert (92) et D. Widlocher (103) ont précisé qu'il était possible de stopper l'évolution d'une intoxication à la mescaline ou au LSD 25, par l'administration de différents produits, dont les plus efficaces s'avèrent être les phénothiazines et la réserpine. Lors de notre propre expérimentation, cette étude ne fut pas faite de façon systématique : en effet, d'une part nous ne voulions pas bloquer trop tôt une réaction qui se révèle très utile pour l'étude du malade, d'autre part, la réaction à la Psilocybine est en général de courte durée. Toutefois, dans quelques cas, la violence des effets psychiques observés (anxiété insupportable, agitation psycho-motrice) nous fit prescrire une thérapeutique d'urgence : l'évolution de la psychose artificielle a pu alors être arrêtée par une injection intra-musculaire de chlorpromazine, isolée ou, dans les cas les plus aigus, associée à une injection intra-veineuse d'eunocetol.

Pour prendre une vue d'ensemble des conditions générales de notre expérimentation, que nous venons d'énumérer, on se reportera au tableau suivant (tableau VII) qui précise, en même temps, les doses de Psilocybine administrée.

TABLEAU VII

	Nom	Sexe	Age	Poids	Diagnostic	Groupe	Dose	Voie	Médications en cours
1	Ben.	F	21	78	Hébéphrénie	I	6 mg	Os	0
2	Gau. ₁	F	32	65	Délire paranoïde fixé	I	10 »	Os	Procalmadiol
3	Gau. ₂	»	»	»	»	I	10 »	Os	0
4	Bis.	F	46	52	Débile hystéroïde déprimée	IV	10 »	Os	0
5	Gro. ₁	F	57	81	Excitation chez une vieille schizophrène	I	7 »	Os	0
6	Gro. ₂	»	»	»	» (EEG)	I	10 »	Os	0
7	Per.	F	33	50	Ethylisme névrotique	V	7 »	Os	0
8	Ala.	F	30	88	P.N. obsessionnelle	V	14 »	Os	0
9	Ram.	F	45	44	P.N. obsessionnelle	V	10 »	Os	0
10	Bac.	F	22	59	Déséquilibre psychique	V	10 »	S/C	0
11	Cas.	F	35	96	Débile hypomane	IV	8 »	S/C	0
12	Los.	F	22	54	Hébéphrénie	I	10 »	Os	0
13	Pet. ₁	F	55	49	Délire chez une hystérique	II	10 »	Os	0
14	Gen.	F	20	63	Hébéphrénie	I	8 »	Os	0
15	Lag.	F	35	81	Ethylisme chronique	V	10 »	Os	0
16	Lég.	F	53	70	Mélancolie stuporeuse	III	6 »	S/C	0
17	Der.	F	24	52	Déséquilibre psychique	V	6 »	Os	0
18	Dou.	F	51	58	Délire érotomane, structure paranoïaque	II	10 »	S/C	0
19	Mon.	F	49	43	P.N. obsessionnelle	V	10 »	S/C	0
20	Den.	F	65	60	Mélancolie d'involution	III	6 »	S/C	0
21	Aur.	F	18	49	Sd. catatonique (schizophrène)	I	10 »	S/C	0
22	Sos.	F	19	53	Névrose d'angoisse	V	9 »	IM	0
23	Mon.	F	37	51	Korsakoff, déséquilibre psychique	V	15 »	IM	0
24	Mil. ₁	F	19	47	Schizophrène (hébéphrénocatatonie)	I	9 »	IM	Levomépromazine 0 g 150
25	Mil. ₂	»	»	»	»	I	9 »	IM	Levomépromazine 0 g 075
26	Fre.	F	23	42	Hystérie de conversion - aphonie	V	8 »	Os	Réserpine 2 mg
27	Rio. ₁	F	46	71	Psychose maniaco-dépressive	III	10 »	Os	0
28	Rio. ₂	»	»	»	»	III	10 »	Os	0
29	Lef. ₁	F	28	51	Obsessions apparues dans période puerpérale (EEG)	V	10 »	Os	0
30	Lef. ₂	»	»	»	»	V	9 »	IM	0
31	Por.	F	33	73	Délire paranoïde	I	9 »	IM	0
32	Des.	F	26	54	Hébéphrénocatatonie	I	9 »	S/C	0
33	Gui.	F	46	65	Délire chronique	II	7 »	S/C	0
34	Des.	F	34	57	Délire paranoïde	I	9 »	IM	Tioridazine 0 g 200
35	Cas.	F	37	72	Délire chronique, état dépressif	II	9 »	IM	00 0

	Nom	Sexe	Age	Poids	Diagnostic	Groupe	Dose	Voie	Médications en cours
36	Dub.	F	38	47	Délire paranoïde	I	10 mg Psilocine	Os	0
37	Bou.	F	39	62	Hystérique, quelques phobies	V	9 mg	IM	0
38	Jum.	F	25	68	Comitalité temporaire, phobies d'impulsions	V	9 »	IM	0
39	Gen.	F	33	65	Etat dépressif névrotique	V	9 »	IM	0
40	Ber.	F	45	60	Dépression cyclique; tr hypochondriaques	III	9 »	IM	0
41	Cou.	F	32	47	Psycho-névrose obsessionnelle	V	9 »	IM	0
42	Rod.	F	27	70	Débile, troubles du caractère	IV	9 »	IM	0
43	Pap.	F	22	60	Etat dépressif atypique; Schizophrénie	I	9 »	IM	0
44	Pil.	F	58	50	Déséquilibre psychique, tr.hypochondriaques	V	8 »	IM	0
45	Ben.	F	16	52	Etat dépressif chez une hystéro-phobique	V	8 »	IM	0
46	Gac.	M	25	68	Personnalité psychopathique	V	9 »	IM	0
47	Lig.	F	25	58	Psychopathe hystérique	V	9 »	IM	0
48	Pla.	F	34	50	Délire de relation; paranoïa sensitive	II	9 »	IM	0
49	Tei.	M	26	52	Etat dépressif, déséquilibre psychique	V	9 »	IM	0
50	Tai.	F	28	59	Caractère hystérique	V	9 »	IM	0
51	Den.	F	22	51	Débile déprimée	IV	9 »	IM	0
52	Ach.	M	49	53	Cathémophrénose	V	10 »	Os	0
53	Ger. ₁	F	25	58	Débilité profonde	IV	12 »	IM	Procalmadiol
54	Ger. ₂	»	»	»	»	IV	10 »	IM	0
55	Mou.	M	44	74	Bouffée délirante (EEG)	II	9 »	IM	0
56	Men.	F	19	54	Obsessions : début d'une schizophrénie	I	8 »	IM	0
57	RoL.	F	28	54	Hébéphrène	I	7,5	IM	0
58	Ama.	F	31	60	Hébéphrène	I	9 »	IM	0
59	Pel.	M	40	50	Schizophrénie paranoïde	I	9 »	IM	7343 1 mg après cure importante
60	Pri.	M	42	60	Etat dépressif névrotique, tr.hypochondriaques	V	10 mg Psilocine	Os	Imipramine 150 mg
61	Lef.	M	22	62	Hébéphrénie	I	9 mg	IM	0
62	Kae.	F	56	48	P.N.obsessionnelle détériorée	V	9 »	IM	0

	Nom	Sexe	Age	Poids	Diagnostic	Groupe	Dose	Voie	Médications en cours
63	Pal.	F	40	46	Délire paranoïde	I	9 mg	IM	0
64	Pan.	F	32	55	Hypochondrie chez une hystéro-phobique	V	9 »	IM	Procalmadiol 1 g 20
65	Ban. ₁	F	34	40	Compulsion alimentaire, déséquilibre psychique	V	8 »	IM	Chlorpromazine 0 g 100
66	Ban. ₂	»	»	»	»	V	8 »	IM	0
67	Bou.	F	29	50	Névrose anxieuse, manifest. hypochondriaques	V	9 »	IM	0
68	Feu.	F	29	50	Mélancolie délirante chez 1 Schizoïde	III	9 »	IM	0
69	Pet. ₂	F	55	49	Délire chez une hystérique (EEG)	II	10 mg	Os	0
70	Pia.	F	28	51	Hébéphrénie (EEG)	I	9 »	IM	0
71	Dur.	F	40	61	Délire paranoïde (EEG)	I	10 »	Os	0
72	Fou.	F	38	54	Délire paranoïde (EEG)	I	9 »	IM	0
73	Tal.	F	56	60	P.H.C. (EEG, Bio I)	II	9 »	IM	0
74	Flo.	F	17	61	Schizophrénie aiguë (Bio II)	I	9 »	IM	0
75	Dio.	F	36	60	Délire paranoïde (EEG, Bio III)	I	9 »	IM	0
76	Dun.	F	31	68	Psychose gravidique. Dépression (Bio IV)	III	9 »	IM	0
77	Gei.	M	48	75	Délire paranoïde	I	12 »	IM	0
78	Lep.	F	50	61	Délire chronique passionnel	II	9 »	IM	0
79	Fin.	F	19	50	Comitativité, tétanie, caractère hystérique	V	9 »	IM	Procalmadiol 1 g. 20
80	Tri.	F	35	44	Délire chronique	II	9 »		

Nota. — Les examens paracliniques subis pendant l'épreuve sont indiqués, entre parenthèses, dans la colonne « Diagnostic ».

I. — ETUDE COMPARATIVE DES EFFETS PSYCHIQUES
(SUJETS MALADES, SUJETS NORMAUX)

Cette comparaison ne peut être menée que grâce à une étude analytique des observations des malades. Le schéma d'ensemble en est présenté dans le tableau suivant (n° VIII).

TABLEAU VIII
COMPARAISON DES EFFETS PSYCHIQUES
CHEZ LES SUJETS NORMAUX ET LES MALADES

	% Sujets normaux	% Malades mentaux
Manifestations thymiques	100	82
Manifestations euphoriques	91	38,5
Euphorie	84	28
Aisance	28	10
Détente	31	25
Manifestations dysphoriques	87,5	65
Anxiété	72	53
Malaise	72	35
Manifestations visuelles	87,5	38
Illusions visuelles	7,8	19
— Tr. coloration	53	
— Impression de mouvement des objets	41	9
— Modification des objets et de la pièce	62	23,5
Hallucinoses	75	26
Hallucinations	31	16
Modification de l'acousie	56	6
Acouphènes	16	1,5
Phénomènes hallucinatoires auditifs	9	7
hallucinoses	9	
Manifestations gustatives	28	1,5
Manifestations olfactives	6	1,5
Manifestations esthétiques	19	4
Correspondances audio-visuelles	12,5	0
Autres synesthésies	19	1,5
Perturbation de la somatognosie	50	21
Impression de mouvement de son corps	31	4
Troubles de la concentration et du cours des idées	97	53
Libération mnésique	41	48
Rémiscences		44
Reviviscences		23
Dépersonnalisation	69	35
Déréalisation	41	13
Constructions délirantes	69	
Irritabilité	34	13
Subexcitation	50	47
Rires	75	41
Pleurs	6	40
Sentiment d'être incompris	19	18
Extraversion	59	29
Introversion	19	13
Opposition	16	40

De la lecture de ce tableau, se dégage immédiatement une notion importante : la moindre fréquence relative des modifications psychiques (liées à la Psilocybine) chez les sujets malades.

1) *Modifications de l'humeur*

Ces perturbations, sans être constantes comme chez les sujets normaux, se rencontrent dans 82 % des cas, et occupent donc une place de premier plan.

— *Les manifestations anxieuses* sont de beaucoup les plus fréquentes : nous les avons constatées chez 44 malades, soit dans 65 % des cas (rappelons cependant qu'elles ont été observées dans 87,5 % des cas chez les sujets normaux). Dans les formes les plus discrètes, elles se traduisent par un malaise général, une impression de fatigue, une certaine appréhension et une extrême perplexité devant les modifications psychiques ressenties. Parfois, au contraire, l'anxiété est extrêmement vive, s'accompagnant soit d'agitation, soit de concentration douloureuse. Cette « hyperanxiété » est le plus souvent contemporaine de phénomènes hallucinatoires ou d'un syndrome de dépersonnalisation.

— *Les manifestations euphoriques* sont plus rares : elles n'ont été notées que dans 38,5 % des cas (26 malades). Habituellement, elles donnent lieu à un tableau de subexcitation hypomaniaque avec jovialité et logorrhée, impression d'aisance et de bien-être. Il ne s'agit jamais de l'euphorie béate que nous avons parfois observée chez le sujet normal.

— En fait, euphorie et dysphorie peuvent alterner chez un même malade et bien souvent dans ce cas, à la phase d'anxiété d'apparition précoce, succède en fin d'expérience une période d'euphorie.

2) *Les phénomènes psycho-sensoriels*

Nettement moins fréquents que chez les sujets normaux, ils donnent lieu à des manifestations diverses mais qui, avant tout, appartiennent au domaine visuel.

— *Les manifestations visuelles* se retrouvent, en effet, chez 26 malades, 36 %, fréquence importante certes, mais bien loin d'atteindre celle que nous avons observée chez le sujet normal (87,5 %). Il peut s'agir soit d'*illusions*, soit de *phénomènes hallucinatoires*. Soulignons d'abord un fait important : le rapport en pourcentage entre les hallucinations visuelles (16 % chez les malades, 31 % chez les sujets normaux), et les hallucinoses visuelles (26 % chez les malades, 75 % chez les sujets normaux) fait apparaître une fréquence relativement plus grande des hallucinations chez les sujets malades, ce qui s'explique assez aisément : chez certains malades, les hallucinations s'intègrent dans le délire pré-existant, alors que chez le sujet normal, la croyance reste fugace.

Les illusions et les hallucinoses sont dans l'ensemble peu élaborées : les malades nous signalent soit des figures géométriques, soit des visions de couleur ; parfois existent des troubles de la perception du relief et des perspectives. Quant aux hallucinations, elles sont vécues dramatiquement et leur apparition augmente l'anxiété du sujet (serpents, figures grimaçantes...).

— *Les autres manifestations psycho-sensorielles* sont beaucoup plus rares : les manifestations olfactives, gustatives et esthétiques sont exceptionnelles, mais nous devons insister sur les troubles de la *perception auditive*. Nous avons en effet constaté des modifications de l'*acousie* (hypo ou hyperacousie), des *hallucinoses et hallucinations auditives*. Il est intéressant de remarquer que, à plusieurs reprises, se sont produites de véritables hallucinations auditives verbales, fait qui, rappelons-le, n'a jamais été noté chez le sujet normal.

— *Les synesthésies* sont exceptionnelles.

Plus intéressantes à noter — et d'ailleurs plus fréquentes (15 cas, soit 21 %), sont les *perturbations de la somatognosie* : impression de légèreté, sensation de mouvement, perturbation du schéma corporel qui, chez le malade également, sont en partie responsables de la dépersonnalisation somatique.

3) *Les troubles intellectuels et mnésiques*

Les troubles intellectuels sont moins souvent notés chez les sujets malades (53 %) que chez les sujets normaux (97 %), mais ils sont d'appréciation plus difficile chez le malade. L'observateur remarque les difficultés de concentration. Le malade signale une sensation pénible de « vide dans la tête ». Ces troubles sont parfois assez importants pour entraîner une véritable bradypsychie.

Quant aux *troubles mnésiques*, ils sont, fait important, d'une fréquence plus grande chez les malades que chez les sujets normaux ; ils se traduisent notamment par une hypermnésie : il s'agit tantôt de réminiscences (30 cas, soit 44 %), tantôt de reviviscences (7 cas, soit 23 %). On note dans ces deux manifestations une forte participation affective, intéressante à un double point de vue : d'une part, certaines réactions émotionnelles, plus ou moins censurées habituellement, s'exacerbent ; d'autre part, certains traumatismes affectifs, passés inaperçus jusque-là, sont révélés au médecin, parfois même au malade. C'est une des raisons pour lesquelles l'épreuve à la Psilocybine nous paraît devoir compter parmi les moyens d'exploration psychiatrique.

4) Nous retrouvons également chez les malades des *troubles de la conscience du temps et de l'espace*, mais moins fréquemment que chez les sujets normaux.

L'appréciation du « *temps physique* » est assez souvent perturbée, ainsi que le système des *relations spatiales*. Ces phénomènes peuvent aller jusqu'à une désorientation temporo-spatiale, plus fréquemment observée chez les sujets malades que chez les sujets normaux.

Il va de soi que les perturbations du « *temps vécu et de l'espace vécu* », vraisemblablement très fréquentes, sont d'une appréciation difficile.

5) Les phénomènes plus complexes, tels que le *syndrome de dépersonnalisation et les constructions délirantes*, existent indubitablement chez les malades. Mais les troubles de la conscience de la personnalité semblent en grande partie liés au type de l'affection psychiatrique antérieure (nous y reviendrons) ; les constructions délirantes apparaissant sous l'effet de la drogue sont difficiles à départager d'un délire pré-existant.

6) Toutefois, l'ensemble des différents troubles psychiques entraîne des modifications importantes du *comportement du sujet*. On voit se succéder et alterner chez les malades des crises de *pleurs* (relativement fréquentes, 40 %), ou de *rires*, des moments de *subexcitation* et de *prostration*. Le sujet est tantôt *irritable*, tantôt *abattu*; il peut manifester un état d'*opposition* ou de *coopération*. A la fin de l'épreuve, la sédation de l'anxiété entraîne souvent une *levée de l'inhibition et des réticences*. Le sujet parle avec abondance, confie à l'observateur diverses préoccupations personnelles, ce qui, chez certains malades, donne un grand intérêt à l'épreuve à la Psilocybine.

Dans certains cas, la destruction de la conscience est profonde, et l'on peut voir, lors de la période la plus intense de l'intoxication, se réaliser de véritables *états confuso-oniriques*. Dans un état de perplexité anxieuse, le sujet vit des scènes imaginaires. Parfois, l'ambiance extérieure s'intègre dans le délire, les médecins peuvent être considérés par le malade comme des personnages de ce délire, parfois même la réalité s'efface complètement.

Ainsi, le tableau clinique de l'intoxication à la Psilocybine nous semble beaucoup moins riche chez le malade que chez le sujet normal. Toutefois, la relative fréquence des troubles hypermnésiques et de l'onirisme lui confère une allure particulière. Ce tableau est surtout, nous allons le voir, infiniment variable suivant l'affection mentale préexistante.

II. — LES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES ET L'ÉPREUVE À LA PSILOCYBINE

Notre expérimentation a porté, nous l'avons déjà dit, sur différentes catégories de malades. Aussi, avons-nous tenté de reprendre notre travail sous un angle différent : par une étude comparative, n'est-il pas possible de retrouver dans nos protocoles certaines modalités réactionnelles particulières à chaque type d'affection mentale ?

Nous envisagerons donc successivement les tableaux observés pour chacune de celles-ci, en citant à l'appui quelques-unes des observations que nous avons choisies parmi les plus caractéristiques.

1) LA PSILOCYBINE CHEZ LES SCHIZOPHRÈNES

Nous n'avons retenu que 21 épreuves à la Psilocybine chez les schizophrènes, correspondant à 18 malades, dont

12 cas d'hébéphrénocatatonie

6 cas de délire paranoïde.

Nous présenterons d'abord 6 observations qui nous paraissent très caractéristiques : 4 d'entre elles correspondant à des hébéphrénocatatoniques, les 2 autres à des délirants paranoïdes.

Observation n° 21

Mlle A... Solange. Etudiante, 18 ans, est internée (placement volontaire urgent) le 7 octobre 1958 :

Syndrome d'allure catatonique, opposition, mutisme ; attitude théâtrale ; stéréotypie gestuelle.

Début des troubles il y a environ 10 jours.

Lourde hérédité psychiatrique, en particulier du côté de la mère, internée à deux reprises.

Injection, le jour même de l'hospitalisation, de 10 mg de Psilocybine par voie sous-cutanée.

Avant l'injection : syndrome cataleptique avec immobilisation de la malade en position semi-fléchie. Négativisme. Mutisme complet. Pouls 70 ; T.A. 11/6 ; Resp. 20.

12 h. 55 : *Injection de la Psilocybine.*

13 h. 35 : Pouls 96 ; T.A. 9/5 ; Resp. 16.

Sourires discordants ; persistance de l'immobilité, négativisme.

13 h. 50 : Clownisme.

14 h. 30 : Pouls 80 ; T.A. 11/6,5 ; persistance du tableau clinique.

15 h. 15 : Pouls 108 ; T.A. 12/8.

16 h. 20 : Pouls 116 ; T.A. instable (le maxima varie entre 11 et 16). La malade est agitée, impulsive, crie, chante, déclame, stéréotypie gestuelle. Cette agitation a persisté jusqu'à 23 h. environ.

La nuit fut calme ensuite. Le lendemain, reprise des symptômes habituels. Le syndrome catatonique est peut-être un peu moins prononcé. La malade émet quelques idées délirantes peu précises.

Conclusion. — Chez cette malade qui présentait un syndrome catatonique majeur, installé en quelques jours, on a pu assister, sous l'influence de la Psilocybine, à la libération du syndrome cataleptique, remplacé par une agitation discordante très nette. Il n'a été noté, durant l'épreuve, aucun élément verbal signifiant la présence d'un délire. Le lendemain de l'épreuve, le tableau clinique était légèrement modifié : le syndrome cataleptique était moins intense. On notait la présence de quelques idées délirantes mal systématisées.

Observation n° 34

Mlle D... Marie-Christine, étudiante, 26 ans, est internée (placement volontaire), le 13 novembre 1958.

Rechute sous forme d'un état d'agitation discordante d'un syndrome hébéphrénocatatonique, évoluant depuis 1948, et dont la rémission avait permis la sortie depuis avril 1958. Actuellement, présentation discordante, faciès à la fois figé et « comme angoissé ». Brusques crises de larmes ou crises de rires immotivées. Persévération des attitudes catatoniques entrecoupées d'impulsions motrices pour se sauver de la pièce. A d'autres moments, activité motrice stéréotypée. Semi-mutisme : ne répond pas aux questions, mais de temps en temps apparaît un monologue fait de quelques phrases incompréhensibles qui semble l'extériorisation de l'autisme. Mimique indiquant parfois la possibilité d'un syndrome hallucinatoire. Bon état général. Examen somatique normal.

Injection, le jour même de l'hospitalisation, de 9 mg de Psilocybine par voie sous-cutanée.

Avant l'injection : P. 88 ; T.A. 12/7 ; Resp. 16. Pupilles : mydriase 1/2. Réflexes rotuliens : normaux. Visage pâle.

L'examen est difficile en raison de l'opposition de la malade ; négativisme ; mutisme ou réponse à côté ; gros troubles du cours de la pensée ; mimique discordante ; alternance de pleurs et de chants.

- 15 h. 10 : *Injection de la Psilocybine.*
15 h. 40 : La malade s'enfuit dans le jardin.
15 h. 45 : L'opposition augmente, de même que la discordance.
Pouls 72 ; T.A. 9,5/6 ; Resp. 16, mais soupirs. Visage légèrement cyanosé. Horripilation ; mydriase identique ; réflexes rotuliens ++.
16 h. 40 : Pouls 88 ; T.A. 13,5/8 ; Resp. 16 ; Réflexes rotuliens +++ mais on est gêné par l'opposition ; mydriase identique. La cyanose du visage a un peu diminué.
Catatonie +++ : stéréotypie gestuelle, chants, catalepsie, persévération des attitudes particulièrement marquée. Prononce quelques mots d'anglais. On note quelques jeux de mots très pauvres, dans lesquels alternent des mots français et des termes anglais.
17 h. 10 : Pouls 80 ; T.A. 15/9 ; Resp. 16 ; Réflexes rotuliens +++ ; mydriase identique. Coloration du visage redevenue normale. Syndrome catatonique : flexibilité cireuse, négativisme, catalepsie, mutisme.
18 h. 10 : Pouls 120. Les autres constantes somatiques sont impossibles à noter en raison de l'agitation de la malade. On remarque toutefois que les troubles vaso-moteurs ont disparu.
Parle avec les autres malades, mais la pensée est incohérente ; s'adresse à l'une des malades comme si celle-ci était sa mère !...
18 h. 45 : La réaction à la Psilocybine semble terminée.

Le lendemain, après une nuit calme, on note à l'examen clinique une symptomatologie identique à celle qui existait avant l'épreuve à la Psilocybine. Etant donné le mutisme, il est impossible de connaître la réaction de la malade elle-même vis-à-vis de l'épreuve.

Conclusion. — Chez cette hébéphréno-catatonique, la Psilocybine a entraîné une exacerbation du syndrome catatonique. La modification de ce tableau clinique a été sans lendemain.

Observation n° 56

Mlle M... Liliane, couturière, 19 ans, est hospitalisée au service libre le 21 mai 1959, pour un syndrome pseudo-névrotique.

Le syndrome psychiatrique est d'apparition récente. Il est survenu à la suite d'un traumatisme psychologique d'ordre sexuel. Installation récente de compulsions : rites de lavage de mains de plus en plus fréquents, supprimant peu à peu toute activité. Change fréquemment de vêtements. Angoisse très importante, mal contenue par des mécanismes de défense mal élaborés. Apparition de quelques vagues idées délirantes : « tout son entourage est contaminé par elle » ; cortège dépressif associé. Les obsessions sont très anciennes. De plus, dans les antécédents, on note à 14 ans un épisode anxieux avec apparition de quelques phobies d'impulsions dirigées contre sa mère. A cette même époque, il existait également quelques idées de transformation du monde extérieur.

Lors de l'hospitalisation, on ne note pas de parasitisme mimique ; à l'interrogation on ne signale ni phénomènes psycho-sensoriels ni syndrome d'automatisme mental.

Devant cette symptomatologie obsessionnelle atypique, se pose un problème diagnostique. S'agit-il d'une psychonévrose obsessionnelle en

période dépressive ou d'une schizophrénie à symptomatologie pseudo-obsessionnelle ?

Injection le 6 juin 1958 de 8 mg de Psilocybine par voie intramusculaire.

Avant l'injection : Pouls 84 ; T.A. 12/7 ; pupilles normales ; réflexes rotuliens ++. La malade est calme, non discordante.

15 h. : *Injection de la Psilocybine.*

15 h. 45 : « J'en ai assez de réfléchir... » Il est impossible d'en savoir plus. Reste couchée, mais s'agite. Pleure.

16 h. : Pouls 78 ; T.A. 11/6 ; pupilles 1/3 ; réflexes rotuliens ++ ; augmentation de la coloration faciale.

Agitée ; gémit ; gros trouble du cours de la pensée ; barrages.

17 h. 25 : Pouls 78 ; T.A. 11/6 ; pupilles 1/3 ; réflexes rotuliens +++ . Syndrome cataleptique entrecoupé de périodes impulsives ; il est impossible d'entrer en contact avec elle ; regarde l'examineur de façon hostile.

18 h. : « Je pense à des choses terribles ; c'est pareil que d'habitude. J'ai cru que je n'avais pas fait quelque chose qu'il fallait faire. » Impression d'hostilité de la part de l'entourage. Période anxieuse avec apparition d'idées délirantes de culpabilité. Discordance mimique.

Pouls 78 ; T.A. 11/6 ; réflexes rotuliens ++ ; pupilles normales.

18 h. 30 : Présentation un peu moins discordante ; le mutisme a disparu ; idées d'incurabilité ; idées délirantes floues dont le thème principal est celui d'une souillure personnelle entraînant d'une part chez elle un syndrome dépressif, d'autre part l'hostilité de l'entourage ! Il n'y a pas de véritable syndrome d'influence, mais l'angoisse psychotique est apparente.

20 h. : Retour à l'état clinique antérieur.

Le lendemain, présentation inchangée.

20 jours plus tard : éclosion d'une véritable expérience délirante primaire.

Conclusion. — La Psilocybine a permis chez cette malade de poser le diagnostic de l'affection psychiatrique dont elle est atteinte : la psychose discordante est devenue évidente lors de l'épreuve.

Observation n° 57

Mlle R... Marie, employée de maison, 28 ans, est internée (placement réquisitoire), le 5 avril 1959.

Troubles graves du caractère et du comportement, évoluant en s'aggravant depuis plusieurs années. Hospitalisée en 1956, en clinique, pour dépression atypique. De juillet à septembre 1958, séjour à la Salpêtrière. Depuis la sortie de cet hôpital, vit repliée sur elle-même, n'a pas repris son travail. Plus récemment claustration, refus d'aliments, scènes violentes avec sa mère et son beau-père. Contact très superficiel. Malade fermée, tendue, réticente, répondant par monosyllabes. Parasitisme mimique. Probabilité d'idées délirantes, sous-jacentes. Allègue à l'origine de ces troubles son conflit avec son beau-père qui serait, d'après elle, un malade mental. Pas de phénomène psycho-sensoriel. Notion d'antécédents psychotiques familiaux chez un oncle paternel. Evolution schizophrénique probable.

Devant l'atypicité du tableau clinique, *on pratique, le 8 avril 1959, une épreuve à la Psilocybine.*

Avant l'injection : pouls 90 ; T.A. 10/6 ; resp. 12 ; pupilles : mydriase 1/2 ; réflexes rotuliens +++.

9 h. 35 : *Injection intra-musculaire de 7,5 mg de Psilocybine.*

9 h. 40 : Congestion faciale.

9 h. 45 : Agitation, rires éclatants, se bouche les oreilles, pleure et rit lorsqu'on lui fait remarquer son geste.

9 h. 50 : Détache sa ceinture ; s'agite ; visage cyanosé. Pleure et rit en même temps ; enfouit sa figure sous le traversin ; mutisme.

9 h. 55 : La malade se calme légèrement ; toutefois, on peut provoquer très facilement des périodes de fou-rires.

10 h. : Pleurs incoercibles et rires immotivés.

Pouls 72 ; T.A. 15/9 ; resp. 20. Mydriase : 2/3 ; réflexes rotuliens : vifs, avec des secousses cloniques.

10 h. 30 : La présentation est très discordante. Rires immotivés. Mutisme. Pouls 72, visage normalement coloré.

10 h. 55 : Pouls 68 ; T.A. 11/7 ; mydriase énorme ; resp. 26. Réflexes rotuliens : vifs, mais on est gêné dans l'appréciation de ces réflexes par l'apparition d'une opposition catatonique. Négativisme.

11 h. 30 : Les rires se sont atténués. Tantôt aspect figé, tantôt maniérisme. Parasitisme mimique. Répond aux questions qu'on lui pose. Gros trouble du cours de la pensée.

12 h. 30 : La réaction à la Psilocybine semble terminée. La malade reprend son attitude habituelle.

Examinée le lendemain et 8 jours après l'épreuve : la Psilocybine n'a entraîné secondairement aucune modification de la symptomatologie psychiatrique de la malade.

Conclusion. — La Psilocybine a entraîné passagèrement une modification du tableau clinique, avec exacerbation de la symptomatologie schizophrénique. Cette épreuve a permis d'affirmer un diagnostic encore hésitant. La modification de ce tableau a été sans lendemain.

Observation n° 36

Mlle D... Huguette, ouvrière spécialisée, 38 ans, est hospitalisée au service libre le 11 mai 1959 pour des « préoccupations sexuelles obsédantes ». En réalité, ces préoccupations apparaissent dans le cadre d'un vaste délire de type paranoïde, avec idées de persécution, syndrome d'influence, hallucinations pluri-sensorielles. Quelques idées délirantes hypochondriaques sont englobées dans le syndrome persécutif. La conviction délirante est toutefois fluctuante.

La malade vit chez sa mère ; elle a arrêté son travail depuis 8 ans, date du début des troubles. Depuis cette date, évolution progressive, entremêlée de périodes aiguës avec exacerbation des hallucinations, des interprétations et de quelques vagues idées délirantes de type érotomaniacale, suivies secondairement et rapidement d'idées de persécution. 4 hospitalisations antérieures en clinique, durant lesquelles elle a été traitée par sismothérapie, novocaïne intraveineuse, coma insulinique.

Père éthylique, brutal ; ne vit plus au foyer. Mère remariée. Situation familiale complexe : liaison de notre malade avec son beau-père.

Ce fait est connu de la mère, qui lui a cédé sa place... il y a quelques années !

Lors de son hospitalisation dans le service, diverses explorations pharmacodynamiques sont pratiquées chez cette malade (Maxiton fort, Psilocine). Nous reviendrons, dans un autre chapitre, sur la première exploration.

Le 3 avril 1959, prise per os de 10 mg de Psilocine.

Avant l'ingestion : pouls 108 ; T.A. 14/8 ; resp. 24 ; réflexes rotuliens ++ ; pupilles normales.

11 h. : *Ingestion de la Psilocine.*

11 h. 30 : Congestion faciale ; a froid aux pieds ; pouls 90 ; T.A. 15/9 ; resp. 20 ; réflexes rotuliens +++ ; pupilles normales.

12 h. : Pouls 114 ; T.A. 10,5/17 ; Resp. 16 ; réflexes rotuliens ++++ (secousses cloniques).
Pupilles : mydriase ++++ ; coloration du visage exagérée ;
Baillements.

Se plaint de picotements au niveau du cou et de la colonne vertébrale (en général, ils constituent chez elle un des éléments du délire).

« Je me sens changée — comme rajeunie... j'ai 18 ans. Je revois ma photographie... j'étais belle... j'avais un gros bébé... un beau bébé. »

— Lenteur idéique ; subexcitation ; anxiété : soupirs, larmes ; geint.

« Ça me pique le nez ». « Je me sens changée... » « On dirait que je suis dégoûtante. »

12 h. 15 : S'assied sur le lit ; hypotonie généralisée ; mydriase
Subexcitation

« Je suis méchante... Je suis venue à Paris à 18 ans. C'était merveilleux... Je n'avais pas le droit de sortir seule. J'aurais voulu être libre ; mon beau-père m'empêchait d'être libre. »

« Il se passe quelque chose de formidable. C'est ma mère qui a parlé (un des observateurs venait en effet de parler). Elle m'a appelée grossièrement. Nous deux, mon beau-père et moi, nous avons couché ensemble. Elle, elle a pris ma place dans mon petit lit, et j'ai pris la sienne dans le lit conjugal pendant 2 ans... Je meurs, vous m'embêtez... »

Se place alors un véritable « psychodrame vécu » dans une période de confuso-onirique. L'un des médecins observateurs (homme) est interprété par la malade comme le beau-père ; le médecin-femme comme la mère.

« Mon amour...

— A qui dites-vous cela ?

« A mon beau-père

— Elle traite alors de toutes sortes de mots grossiers la pseudo-mère.

« Je suis une dégoûtante...

12 h. 45 : Pouls 120 ; T.A. 11/6 ; resp. 20 ; mydriase importante +++ visage cyanosé.

Agitation ; la scène persiste de façon identique.

Un autre médecin entre : « Arrête, mon oncle. Il n'aurait pas dû ; il est trop fort... il est aussi calé que vous... Il

n'aurait pas dû faire ça... Il a mon cerveau... Je veux prouver qu'on n'arrête pas un cerveau. C'est lui qui tient mon cerveau. C'est lui qui fait vieillir... J'ai peur d'une syncope.

— Crise névropathique

Saisit la main du médecin : « J'ai pensé ça et vous avez pensé pareil... Je pense avec les idées des autres. »

13 h. 45 : Subexcitée ; causticité ; ludique, grimaces, soupirs.

« Pourquoi m'avez-vous donné des comprimés ?... » dit-elle au médecin femme ; « parce que vous êtes méchante, je l'entends... je le suppose... je le sens. »

« Je ne peux pas le dire. Ça ne sent pas bon. Mon ventre... Ça m'a fait mourir... J'ai l'impression que je revis... »

— Douleurs diverses : bras, jambes, mollets.

« Ce n'est pas pareil que tout à l'heure, on m'empêche de le dire... Eh bien, je vais le dire de force. J'ai été dégoûtante... Au fond, c'est peut-être normal. »

14 h. 45 : Plus coopérante

Se rend compte enfin de la situation :

« Ce bonbon au whisky (qu'elle vient de manger), me rappelle l'alcool que je mettais dans mon petit déjeuner. J'étais ainsi tout de suite réveillée... »

« J'ai l'impression d'avoir entendu quelque chose... j'ai mal aux mollets. »

« C'est formidable, ce que m'a fait votre liqueur. »

— Interprète et critique alors les hallucinations cénesthésiques et génitales.

« Je crois que je ris, mais je ne ris pas... Je suis faible. Je suis fatiguée... J'ai pas de parents... On dirait que je n'ai plus de parents... Pourquoi dis-je cela ? Je suis totalement désorientée... Lorsque je dis quelque chose, je ne m'en rappelle plus après... J'ai eu l'impression de mourir. Je pense et je me fais la réponse... Ah non ! Je pense et l'on me fait la réponse... Mon pied se soulève tout seul... Je me demande comment cela va se terminer ? »

— Trouble du cours des idées ; flou ; barrages

— Idées hypochondriaques multiples

15 h. 30 : Pouls 96 ; T.A. 12/8 ; resp. 16 ; réflexes rotuliens + ; pupilles presque normales.

15 h. 45 : Détente

Prétend qu'elle ne se souvient pas de la scène qui vient de se passer

Toutefois, parle de mort, de syncope. A vu récemment un film « L'amour qui tue », ce qui l'a beaucoup impressionnée... dans ce film, il y a un accouchement, cela a provoqué chez elle une syncope... Donc amnésie partielle.

Le lendemain, après une nuit calme, présentation habituelle. Pas de souvenir de l'expérience ; toutefois, les jours suivants, modification des thèmes délirants. Affirme être revenue à l'état dans lequel elle était au début de sa maladie : idées délirantes de transformation corporelle, de dislocation.

Conclusion. — L'épreuve à la Psilocine a provoqué une période confuso-onirique avec mise en évidence particulièrement nette des préoccupations de la malade et des idées délirantes. Dramatisation de sa situation à 18 ans, des relations avec la mère et le beau-père très culpabilisées (je suis une dégoûtante). Evolution vers la présen-

tation délirante du type « syndrome influence » (je pense avec les idées des autres). La malade prétend ne pas avoir de souvenir de l'expérience ; toutefois, l'amnésie est partielle, les différents thèmes sont retrouvés dans les entretiens suivants.

Observation n° 63

Madame P... Anne-Marie, sans profession, 40 ans, est internée (placement d'office) le 8 octobre 1959.

Le certificat de quinzaine, 22 octobre 1959, est le suivant :

Psychose paranoïde évoluant depuis une dizaine d'années ; déjà internée en 1951. Sédation actuelle de l'activité érotomaniaque notée à l'époque, mais persistance de la conviction. Actuellement, thème de filiation, de grandeur et de persécution intégrant dans le délire ses réelles difficultés familiales (née en France, d'origine alsacienne, petite enfance en Allemagne, puis transplantation à nouveau en France vers l'âge de 8 ans). Information surtout imaginative, mais aussi hallucinatoire. Idée d'influence et de pensée devinée. Impression de parole intérieure. Pensée floue et récit embrouillé, parfois même incohérent. Maniérisme. Discordance intermittente. Protestations superficielles contre l'internement et les traitements, recouvrant une indifférence thymique. Etat général médiocre. Notion de spécificité ancienne traitée. Investigations complémentaires en cours. Internée à l'occasion d'actes désordonnés et dangereux, liés à une poussée d'excitation qui a maintenant rétrocedé. Mais nécessité de poursuivre la surveillance et les traitements.

Différentes épreuves pharmacodynamiques sont pratiquées chez cette malade pour préciser les thèmes délirants, la conviction actuelle. Les neuroleptiques ont été arrêtés 8 jours auparavant.

Injection le 27 novembre 1959 de 9 mg. de Psilocybine (intra-musculaire).

Avant l'injection : pouls 120 ; T.A. 11/6 ; réflexes rotuliens : normaux ; pupille : légère mydriase 1/3.

Malade calme ; peu dissociée à l'examen clinique.

14 h. 25 : *Injection de la Psilocybine*

14 h. 45 : Augmentation de la coloration faciale

16 h. : Pouls 84 ; T.A. 9,5/6 ; réflexes rotuliens ++
Mydriase 2/3

Somnolence ; aucune modification du tableau psychique.

17 h. 15 : Pouls 96 ; T.A. 11/6 ; réflexes rotuliens +

Mydriase — Transpiration légère ;

17 h. 30 : Gros trouble du cours des idées. Légère subexcitation verbale. Répond en télescopant les divers thèmes délirants habituels.

Idée de transformation corporelle vague ; syndrome d'influence par l'objet de l'érotomanie. Idées de filiation imprécises. Idée de persécution peu élaborée à présent.

Certains mots ont l'apparence de néologismes : schizophasie

Différence verbale. Mélanges de pensées.

Présentation légèrement discordante (parasitisme mimique).

19 h. : L'état antérieur est restitué.

La nuit est calme.

Conclusion. — Chez un délire paranoïde d'évolution ancienne, ayant reçu de nombreux traitements antérieurs (lors de la première hospitalisation, et récemment), l'injection de Psilocybine n'a que peu modifié le tableau clinique. Tout au plus, a-t-on pu noter l'apparition d'une légère subexcitation verbale faisant apparaître quelques thèmes délirants anciens. Ceux-ci sont très imprécis, moins bien élaborés que lors de la première hospitalisation.

Il n'y a pas eu, lors de l'épreuve à la Psilocybine, d'appoint confuso-onirique. Cette épreuve a surtout mis en évidence l'importance actuelle de la dissociation intellectuelle.

—:—

L'étude de l'ensemble des observations de nos Schizophrènes, nous a permis de faire certaines remarques.

A. *Chez les Hébéphréno-Catatoniques*, l'épreuve à la Psilocybine fait apparaître une exagération de la discordance, particulièrement nette dans le syndrome moteur : des modifications du syndrome catatonique sont habituellement retrouvées, qu'il s'agisse d'un état d'excitation atypique, d'une exagération des phénomènes cataleptiques. Un exemple frappant est donné par l'observation n° 21 : chez cette malade, complètement figée avant l'expérience, est apparue au cours de celle-ci une phase d'excitation psycho-motrice.

— Fait important : les Hébéphréno-Catatoniques ne nous ont pas signalé de phénomènes psycho-sensoriels, en particulier jamais de visions.

— Signalons enfin qu'en dehors des cas de Schizophrénie, nous n'avons jamais observé de discordance vraie.

B. *Chez les Paranoïdes* d'évolution récente, on peut observer de violentes réactions de type confusionnel, avec reviviscence d'événements relativement proches, vécus sur un mode onirique (obs. n° 36).

Signalons qu'une de nos « vieilles malades paranoïdes », sous l'effet de la Psilocybine, a eu l'impression « d'une perte de sa personnalité » impression qu'elle reconnaissait puisque « c'était, dit-elle, comme lorsque je suis tombée malade ». Elle a revécu ainsi, mais à minima, sa première expérience délirante, phénomène qui nous paraît très intéressant en psychopathologie.

— *Chez tous nos schizophrènes* : l'angoisse psychotique s'accroît durant l'épreuve, mais il n'y a pas d'abréaction émotionnelle (notamment pas de pleurs).

De plus, autre fait négatif à signaler, les réminiscences sont exceptionnelles et les reviviscences quand elles existent, n'intéressent que les thèmes délirants préexistants ou des faits relativement récents et qui ont préoccupé le malade.

2) LA PSILOCYBINE CHEZ LES DÉLIRANTS

Nous avons réalisé 6 expériences chez les délirants. Dans 5 cas, il s'agissait d'un délire chronique certain. Nous allons d'abord présenter 2 observations d'épreuves à la Psilocybine pratiquées dans ce groupe. Nous avons volontairement choisi 2 malades dont le type de délire s'avère très différent.

Observation n° 18

Madame D... Hélène, sans profession, 51 ans, est internée (placement d'office) le 25 novembre 1958.

Psychose délirante chronique à thème érotomaniacale, évoluant depuis 1939. A déjà été internée 4 fois : processus identique à chaque poussée, poursuite de l'objet aimé : un médecin. Haine violente contre la femme de celui-ci qu'elle rend responsable de ses internements. Interrogatoire difficile. Prolixité mais réticence. Violence extrême. Hypersténie. Agressivité verbale. Minimise tout ; nie avec véhémence et obstination le motif de son internement actuel. Accuse la femme du médecin de faux en écritures. A l'intention de prendre un avocat pour se disculper et pour l'attaquer en diffamation. Querulence.

Injection le 26-11-1958 de 10 mg. de Psilocybine (voie sous-cutanée).

Avant l'épreuve : pouls 100 ; T.A. 14/9 ; pupilles : normales ; resp. 26 ; réflexes rotuliens +++

14 h. 15 : *Injection de la Psilocybine*

La malade expose calmement alors quelques protestations contre l'internement.

15 h. 45 : La malade a peur d'entrer dans le bureau. Véhémence, hostile, agitée : « Qu'est-ce que c'est que cette histoire de fous. Je suis hantée, mais par quoi ?.. Vous ne me rendrez pas folle ? Rien ne me protège... Cessez vos hypnotismes, s'il vous plaît. Cessez d'être fous... Vous entendez, comme moi, des idioties ? Vous ne les entendez pas, vous ? Agitation incessante ; regarde à chaque instant par la fenêtre.

16 h. : Reste debout, les bras en croix : « Seigneur Jésus, protégez-nous... Laissez-moi tranquille... »

Agitation de plus en plus poussée : « Ne jouez pas la comédie », et s'adressant à des personnages imaginaires : « Veuillez, leur dit-elle, ne pas jouer la comédie. » « Dites-lui qu'elle s'en aille, à cette vieille folle. »

« Vous entendez comme moi des trucs. Vous n'avez qu'à aller à la police. Ce n'est pas moi qui parle en ce moment, c'est un petit esprit, mais je suis catholique et fervente. » Pouls 96 ; T.A. 15/9 ; Pupilles : mydriase à 2/3 ; Congestion faciale ; bouche sèche ; réflexes rotuliens ++.

L'agitation augmente, la malade paraît chercher quelque chose, s'assied, se lève, ne tient pas en place. Elle remarque du reste elle-même cette instabilité.

Plaintes, gémissements, exaspération, regard hostile, réticence.

16 h. 15 : Agitation persistante ; elle s'écrie : « Sauvez le docteur en même temps », soupire, souffle, gestes multiples. Quelques éclats de rire, légère causticité.

17 h. : Beaucoup plus calme lorsqu'on passe près d'elle. Allègue un besoin de repos dès qu'on cherche à l'interroger sur les différents événements qui viennent de se produire.

17 h. 15 : Pouls 98 ; T.A. 14/8 ; Pupilles : léger myosis ; pas de congestion faciale ; resp. 22 ; réflexes rotuliens ++.

Calme mais réticente vis-à-vis de l'épreuve de la Psilocybine qui est alors terminée. (N'y a-t-il pas amnésie ?).

Réticente également vis-à-vis de son délire.

Le lendemain : garde cette même attitude réticente.

Conclusion. — L'épreuve à la Psilocybine a provoqué l'apparition d'un syndrome confuso-onirique. Les thèmes délirants préexistants

ont constitué les principaux éléments de l'onirisme. Après cette exploration la malade a repris son attitude extrêmement réticente.

Observation n° 35

Madame C... Clémentine, sans profession, Italienne, 38 ans, est internée (placement volontaire) le 10 septembre 1959 (2^e hospitalisation).

Certificat immédiat : rechute d'un état dépressif atypique, apathie, inertie, morosité, anxiété actuellement au premier plan du tableau. Ebauche de thèmes délirants manifestés déjà au cours d'un épisode antérieur (thème de jalousie), avec expression hallucinatoire, encore actuellement vécu à bas bruit. Internée de décembre 1958 à fin mai 1959 pour cet épisode au cours duquel ont été notées une altération notable à l'EEG, et une malformation de la charnière cervico-occipitale à la radio. Echec d'un traitement ambulatoire qui, tout en atténuant la note dépressive, semble avoir accru les éléments d'agitation anxieuse.

Le certificat de quinzaine précise certains éléments délirants :

Syndrome d'influence ; plusieurs voix dont celle d'un médecin qui l'a soignée, lui parlent dans la tête. Vagues idées délirantes sans systématisation. Accuse son mari de la tromper, de la délaisser. Se dit amoureuse de son médecin traitant. Cortège dépressif. Idées de suicide.

Une injection de 9 mg de Psilocybine intra-musculaire est faite le 16 décembre 1958.

Avant : Pouls 84 ; T.A. 11/6 ; resp. 24 ; pupilles normales ; réflexes rotuliens normaux ; légère cyanose du visage.

L'interrogatoire révèle des idées délirantes à type de devinement de pensée. Hallucinations olfactives, cénesthésiques, génitales. Idées délirantes hypochondriaques. Syndrome dépressif surajouté. Anxiété.

15 h. 55 : *Injection de la Psilocybine*

16 h. 10 : Céphalée. Cyanose du visage. Mydriase.

Une phase d'agitation anxieuse débute et va rapidement en augmentant. Devient bradypsychique. Syndrome de dépersonnalisation : tandis qu'elle regarde perplexe ses 2 mains, elle nous dit : « Ce n'est pas moi, elles sont devenues blanches, elles sont vieilles. »

16 h. 25 : Episode confuso-onirique : bradypsychique ; désorientée ; subagitation ; angoisse ; onirisme ; voit son mari à côté d'elle, sur le mur, sur le plafond, l'embrasse.

« Pourquoi te ne veux pas, Louis ? », etc.

Ses mains « sont rouges » ; « il y a du sang », ce qui réveille sa perplexité.

16 h. 40 : Pouls 74 ; T.A. 12/8 ; réflexes rotuliens ++ ; mydriase énorme.

16 h. 55 : Crie « Viens me chercher ». Se met à gémir « Pourquoi mes mains sont-elles rouges, je n'ai fait de mal à personne. » « Pourquoi tu ne m'as jamais acheté de bague, Louis ? Pourquoi m'as-tu donné la bague de ta mère ? Les gens disent : « Viens avec moi, il ne te fait jamais de cadeau, ton mari. » Je suis trop belle, c'est pour ça qu'on se moque de moi... On m'a donné un verre d'eau chez

ma sœur avec des cigarettes, c'était pour me faire mourir. »

Subexcitation psychomotrice, verbale.

- 17 h. : « Je ne suis pas triste, je fais mon travail à la maison. Pourquoi mon mari va-t-il voir d'autres femmes ? C'est Marie qui me l'a dit. Pourquoi ne m'a-t-il pas donné de bague... il n'avait pas d'argent... Je l'ai habillé avec les manteaux de mon frère qui est mort en Russie. »
Un de ses cousins, dont elle a refusé les avances, a voulu la faire mourir...

« Le boulanger également m'a donné son cœur ; Mais mon mari m'a trompée avec la femme de ce boulanger... On se moque de moi ; on me fait payer plus que je ne devrais payer... Parce que je refuse, Je suis trop belle... c'est pour ça qu'on se moque de moi. »

- 17 h. 25 : L'agitation et le syndrome confuso-onirique persistent identiques ; elle voit ses jambes recouvertes de sang.

- 17 h. 30 : On me reproche ma fidélité...

- 18 h. 15 : La malade va mieux. L'état de conscience est redevenu normal.

Pouls 78 ; T.A. 10,5/7 ; pupilles : légère mydriase ; resp. 24 ; réflexes rotuliens +.

Le lendemain, la malade ne se rappelle que très partiellement ce qui s'est passé lors de cette épreuve.

Conclusion. — La Psilocybine a mis au premier plan chez cette malade le syndrome délirant : elle a provoqué un syndrome confuso-onirique dans lequel ont été revécues les préoccupations actuelles de la malade. Le syndrome dépressif paraissait très secondaire au cours de l'épreuve. Mais étant donné l'importance des modifications observées sous Psilocybine, peut-on rapporter ces constatations au tableau clinique habituel de la malade et affirmer que cette malade est uniquement une délirante ?

—:—

— L'étude de l'ensemble de 5 protocoles réalisés dans notre expérimentation dans des cas de délire chronique certain, nous a permis de mettre en évidence une *habituelle extériorisation des thèmes délirants* : tantôt, en effet, sous l'influence de l'exaltation thymique, se produit une levée de réticences ; tantôt on peut assister à de violents accès confuso-oniriques, qui peuvent persister durant une grande partie de l'expérience.

Dans l'observation n° 18, il a été noté à la fin de l'épreuve une réticence notable ; celle-ci nous semble liée à la structure de la personnalité sous-jacente.

— Il nous faut également signaler qu'en dehors des hallucinations survenant dans le cadre des accès confuso-oniriques, *il n'a pas été rencontré de phénomènes psycho-sensoriels* plus particulièrement toxiques.

— Les modifications de l'humeur, habituellement notées, sont plus ou moins intenses suivant le type du délire.

Ainsi, l'épreuve à la Psilocybine, faite dans un cas de délire de relation (paranoïa sensitive) a été entièrement vécue sur un mode dysphorique. Après une courte période onirique, avec vision hallucinatoire de l'objet du délire, la malade a pu, au milieu de pleurs

très violents, nous faire part d'un grand nombre d'événements traumatisants, et développer devant nous le thème principal du délire.

Notre 6^e protocole possède un certain intérêt diagnostique. Tout d'abord, chez ce malade qui présentait depuis plusieurs mois des accès confuso-oniriques brutaux et de courte durée, on avait pu mettre en évidence quelques éléments plaçant en faveur d'une comitialité ; l'injection de Psilocybine ayant provoqué l'apparition de symptômes parfaitement identiques à ceux qu'il présentait habituellement, un EEG pratiqué d'urgence permit d'éliminer l'épilepsie. Toutefois, il fut impossible de résoudre le problème pronostic qui se posait chez ce malade : ces accès constituaient-ils la phase d'installation d'un délire chronique ? Le seul examen du protocole obtenu fut insuffisant pour répondre à cette importante question.

3) LA PSILOCYBINE DANS LES PSYCHOSES MANIACO-DÉPRESSIVES

Une épreuve à la Psilocybine a été réalisée chez 5 malades maniaco-dépressifs (et mélancolie d'involution). L'un d'eux ayant subi une contre-épreuve, nous possédons ainsi 6 protocoles. Tous nos malades étaient dans une phase dépressive au moment de notre expérimentation.

Nous présentons d'abord 3 observations (faites chez 2 malades) qui nous paraissent typiques.

Observation n° 20

Madame D... Marie, sans profession, 65 ans, est hospitalisée au service libre le 14 octobre 1958 pour :

— Mélancolie d'involution. Cet état qui a débuté il y a 2 ans environ, s'est exacerbé récemment. Insomnie ; anorexie ; amaigrissement ; aboulie ; apragmatisme ; ennui ; anxiété légère ; idées de culpabilité ; idée d'incurabilité ; idées de suicide. Bon état général. Antécédents psychiatriques familiaux.

On pratique, le jour même de son hospitalisation, c'est-à-dire le 14 octobre 1958, une injection de Psilocybine (6 mg par voie sous-cutanée).

Avant l'injection :

Pouls 78, T.A. 14/7, resp. 20 ; pupilles normales ; réflexes rotuliens normaux.

Injection à 14 h. 30 de 6 mg de Psilocybine

14 h. 30 : Pouls 66 ; T.A. 15/9 ; resp. 16

Pupilles : mydriase ; réflexes rotuliens : ++, surtout à gauche ; congestion faciale

« Je me sens drôle. Ma tête se vide. Je ne pense à rien ! Habituellement, j'ai des idées !... Tout à l'heure, j'avais l'impression qu'il y avait du soleil, et quand j'ai ouvert les yeux, il n'y avait pas de soleil... Je ne peux plus commander à mes jambes (et pourtant, elle les bouge !) ; je me sens « avachie », « raplapla »... »

Sourit et même rit assez facilement. Ces rires alternent avec des pleurs : « Je suis vraiment avachie ; je n'ai plus d'idées du tout. Ce n'est pas normal. » (Il lui est possible, toutefois, à ce moment même, de nous entretenir de ses occupations habituelles).

Très anxieuse. Pleurs. Se reproche de multiples incapacités.

17 h. : Pouls 67 ; T.A. 14/8 ; resp. 16 ; réflexes rotuliens + Mydriase importante ; congestion faciale ++. Pas de sueur : « Je me sens étourdie, fatiguée, anéantie. » Pleure en parlant de son mari. « J'étais bien avant la piqure ».

18 h. 30 : Pouls 70 ; T.A. 14/7 ; resp. 20 ; réflexes rotuliens + ; pupilles : mydriase ; congestion faciale.

Retour à l'état clinique antérieur.

Le lendemain, symptomatologie habituelle ; garde un souvenir désagréable de l'épreuve.

Conclusion. — Mélancolie d'involution avec prédominance, dans la symptomatologie, de l'inhibition psychomotrice. Sous l'influence de la Psilocybine, accentuation importante mais passagère de l'hyperthymie anxieuse.

Observation n° 27
(1^{re} épreuve)

Madame R... Augustine, infirmière, 46 ans, est hospitalisée le 9 septembre 1958.

Etat mélancolique entrant dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive. Asthénie ; anorexie ; insomnie ; apragmatisme entraînant un sentiment d'incapacité ; quelques idées hypochondriaques ; idée de suicide. Ménopause actuelle.

Antécédents psychiatriques personnels :

1950 : Etat d'excitation suivi d'une période dépressive ayant nécessité une première hospitalisation.

1958 : Etat maniaque ayant nécessité une deuxième hospitalisation, et précédé l'état actuel dépressif.

Antécédents familiaux : 4 frères et sœurs ont présenté des troubles psychiques de la série maniaco-dépressive.

Le 20 septembre 1958, ingestion per os de 10 mg de Psilocybine (1^{re} épreuve)

Avant l'injection : syndrome d'inhibition psychomotrice ++

Pouls 72 ; T.A. 12/7 ; resp. 16 ; pupilles : normales ; réflexes rotuliens : normaux.

12 h. : *Ingestion de la Psilocybine*

12 h. 30 : Pouls 68 ; T.A. 12,5/7 ; resp. 20 ; Transpiration. Congestion du visage avec sensation de chaleur.

13 h. 45 : Pouls 64 ; T.A. 11/7 ; resp. 18 ; réflexes rotuliens +++ Sueurs, avec sensation de chaleur durant plus d'1 heure Congestion moins marquée du visage ; mydriase nette ; réflexes rotuliens ++ ; marche normale ; pas d'adiadococynésie. Légère trémulation des mains. La malade se plaint de céphalée.

On est frappé par la levée de l'inhibition psycho-motrice faciès moins figé ; clignement des yeux ; réponses et gestes plus faciles. La malade se dit « détendue ».

14 h. 25 : Pas de vertige. Monte allègrement l'escalier. « Je me sens bien » ; se dit détendue. Très coopérante. Aucune sensation de faim ni de soif malgré l'heure.

15 h. 40 : Retour dans sa chambre depuis quelques instants.

Pouls 68 ; T.A. 11,5/7 ; resp. 17 ; réflexes rotuliens nor-

maux ; la céphalée a disparu ; mydriase importante ; la congestion faciale a disparu.

Se dit bien, moins anxieuse qu'habituellement. Idées gaies. Euphorie.

Levée de l'inhibition psychomotrice sans hypomanie véritable.

20 h. : Est toujours détendue.

Le lendemain, l'euphorie persiste.

2 jours après, l'état d'inhibition a réapparu, ainsi que le syndrome dépressif.

Le 24 septembre 1958, 2^e épreuve à la *Psilocybine* (10 mg voie orale).

Observation n° 28

Avant l'ingestion du produit,

Pouls 68 ; T.A. 12/7 ; resp. 18 ; réflexes rotuliens normaux
Faciès immobile ; regard fixe ; examen neurologique : normal, en dehors d'une légère inégalité pupillaire (pupille gauche plus petite que la droite)

Syndrome d'inhibition psycho-motrice mélancolique.

15 h. : Prise de 10 mg per os de *Psilocybine*

16 h. : Impression de chaleur généralisée

16 h. 15 : Pouls 62 ; T.A. 13/8 ; resp. 18 ; réflexes rotuliens + ; Mydriase importante. Sueur ; Cyanose et congestion faciale ; Céphalée ; examen neurologique normal.

On est frappé à nouveau par la levée de l'inhibition psychomotrice ; gestes plus rapides, aisés ; rit très facilement.

17 h. 15 : Pouls 60 ; T.A. 12,5/8 ; resp. 19 ; réflexes rotuliens ++ avec polycinétisme. Mydriase légère. Examen neurologique : normal. Les troubles vaso-moteurs disparaissent.

Sourit continuellement ; euphorie ; regard mobile ; gestes rapides.
« Habituellement, nous dit-elle, je souffre d'une tristesse contre laquelle je ne peux pas lutter ; celle-ci disparaît lors de cet examen... ». Ce fait étonne la malade et bien sûr elle nous précise qu'elle espère que cet effet persistera.

18 h. : Pouls 72 ; T.A. 13/8 ; resp. 18 ; réflexes rotuliens ++
Très légère cyanose du visage. Mydriase importante (la pupille gauche est toujours plus petite que la droite). Souriante, mais dit ne pas être parfaitement bien. Cours des idées normal.

20 h. : Pouls 78 ; T.A. 11,5/6,5 ; resp. 20 ; réflexes rotuliens +
La céphalée a presque disparu. Examen neurologique normal. Les pupilles ont repris leur taille habituelle, mais la pupille gauche est toujours plus petite.
Euphorie. Bien-être. « Je me sens bien ».
Gaie. Souriante. Débit de la parole devenu normal.
Pas de fuite des idées. Extraversion.
Nécessité d'un barbiturique pour la nuit.

Le lendemain, l'euphorie persiste.

Mais progressivement, les jours suivants, réinstallation du tableau mélancolique.

Conclusion. — Il s'agit d'une mélancolie entrant dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive. Sous l'influence de la Psilocybine, il se produit une inversion de l'humeur durant 36 à 48 h. environ avec levée de l'inhibition psycho-motrice. La 2^e épreuve confirme cette inversion passagère de l'humeur.

—:—

L'examen de nos 6 protocoles nous permet de constater un fait important : chez les malades maniaco-dépressifs, la Psilocybine provoque constamment une *modification des perturbations thymiques*.

— Nous avons constaté dans 3 cas une accentuation de l'anxiété préexistante ; on remarque une aggravation de l'inhibition anxieuse, péniblement vécue par le malade « Ma tête se vide... Je suis vraiment anéantie. » Une levée de l'inhibition peut au contraire accompagner cette accentuation de l'anxiété, et permet à celle-ci de mieux s'extérioriser. Cette levée de l'inhibition accompagne également l'inversion de l'humeur.

— Dans 3 protocoles, en effet, nous avons constaté une véritable inversion thymique. Durant l'épreuve, l'observateur remarque alors — fait impressionnant ! — la disparition progressive du tableau mélancolique et l'apparition d'un véritable état hypomaniaque. (Observations 27-28). Cette modification est malheureusement passagère : dans nos protocoles, elle s'atténue rapidement en quelques jours, voire même en quelques heures. Les symptômes dépressifs réapparaissent. Toutefois, il semble possible de reproduire chez un malade le même type de trouble. (Obs. n° 28, 2^e épreuve).

Les modifications des perturbations thymiques nous paraissent donc être le caractère particulier de l'épreuve à la Psilocybine chez les maniaco-dépressifs.

4) LA PSILOCYBINE CHEZ LES DÉBILES MENTAUX

Un peu artificiellement peut-être, nous avons isolé les épreuves à la Psilocybine faites chez des malades dont le niveau intellectuel est très fruste. Il est certain que ces différents malades auraient pu être répartis dans les 4 autres groupes de la classification. Toutefois, certaines caractéristiques nous sont révélées par l'examen des protocoles obtenus chez les débiles. Nous avons retenu parmi ceux-ci 5 malades, ayant donné lieu à 6 expériences.

Ils avaient été hospitalisés pour :

- un état dépressif avec manifestations hypochondriaques ou hystéroïdes (2 cas),
- une hypomanie (psychose maniaco-dépressive) (1 cas),
- des troubles du comportement (2 cas).

Chez ces malades, les modifications thymiques nous paraissent être les plus facilement appréciables. En général, elles sont peu marquées ; cependant une malade a présenté un tableau de grande agitation motrice avec stéréotypies verbales niaises et incessantes. Cet état put être reproduit lors d'une contre-épreuve.

Une autre malade, hospitalisée pour des troubles du comportement liés à sa débilité, a vu (comme les sujets normaux) lors de l'épreuve à la Psilocybine de nombreux phénomènes visuels, hallucinosiques et illusionnels (fait extrêmement rare chez le malade mental). Les thèmes étaient toutefois remarquablement pauvres.

En raison de cette pauvreté, du caractère fruste des modifications liées à la Psilocybine chez le débile, nous avons volontairement omis de présenter des observations cliniques.

5) LA PSILOCYBINE DANS LES NÉVROSES
PSYCHO-NÉVROSES ET LE DÉSÉQUILIBRE PSYCHIQUE

Nous avons réalisé 29 épreuves à la Psilocybine, répondant à 27 malades, dont :

- 6 cas d'hystérie et hystéro-phobie
- 7 cas de psycho-névrose obsessionnelle
- 2 cas de névrose d'angoisse
- 11 cas de déséquilibre psychique (avec dans 3 cas un éthylisme notoire)
- 1 cas de comitialité temporelle avec phobies d'impulsion.

Nous présentons tout d'abord 8 observations qui nous paraissent particulièrement caractéristiques (en raison de la longueur des observations, nous avons été amenée à n'en livrer, pour certaines, que des extraits).

Observation n° 22

Mlle S... Anne-Marie, étudiante, 19 ans, est hospitalisée le 5 novembre 1958, pour des « crises d'angoisse ». Depuis 1956, après une primo-infection tuberculeuse, elle a interrompu sa scolarité. Elle ne reprendra pas régulièrement celle-ci jusqu'à son hospitalisation. La symptomatologie clinique peut se résumer ainsi : état d'inhibition grave remontant à Pâques 1956. Préoccupée exclusivement de son échec au baccalauréat de philosophie plusieurs fois repassé. Tendance progressive à l'isolement. Difficulté majeure de personnalisation. Crises d'angoisse liées à la perte de relation avec autrui, troubles caractériels mineurs réactionnels. Préoccupation corporelle, mais non hypochondriaque.

S'agit-il d'un état névrotique grave d'inhibition ou d'un début d'évolution psychotique ?

On pratique une injection intra-musculaire de 9 mg de Psilocybine le 23 novembre 1958.

Avant l'injection : pouls 112 ; T.A. 15/10 ; resp. 24 ; réflexes rotuliens + ; pupilles 1/2 ; visage pâle ; examen neurologique normal.

Est anxieuse à l'idée de subir cette épreuve.

14 h. : *Injection de la Psilocybine*

14 h. 05 : Brutalement s'est développée une angoisse intense s'accompagnant d'agitation. Peur de mourir ; peur de devenir folle ; mydriase très importante ; céphalée.

14 h. 30 : Pouls 112 ; T.A. 13/8 ; resp. impossible à étudier ; réflexes rotuliens +++ ; mydriase énorme. Troubles vasomoteurs nets. Nausées. Coliques. Céphalées.

Angoisse très intense, impression de mort, de folie. Agitation particulièrement marquée : c'est une agitation anxieuse. Ne répond pas aux questions.

14 h. 45 : Quelques éclats de rire : impression d'« aller mieux ». Elle a vécu une période hyper-anxieuse : « Je n'étais plus moi-même. »

Il est encore impossible de la laisser seule.

On note une certaine suggestibilité.

15 h. : Pouls 82 ; T.A. 17/12 ; resp. 26 ; réflexes rotuliens +++
Mydriase, vertiges, céphalée ; asthénie intense.

La malade peut enfin nous décrire les symptômes qu'elle a ressentis : déjà anxieuse avant l'épreuve, elle est envahie brutalement après l'injection d'une angoisse psychique et physique. Elle a peur de mourir, peur de devenir folle ; elle a l'impression que les médecins ne pourront rien pour elle. Du reste, ils ne peuvent pas la comprendre : eux, ils ne changent pas, tandis qu'elle, elle est transformée. Cette dépersonnalisation s'accompagne d'un syndrome de déréalisation anxieuse. N'étant plus elle-même, elle a jugé tout irréel.

Il y a eu un début d'onirisme : elle voyait des serpents. Les phénomènes ont vite cédé lors de l'arrivée d'un médecin.

Au total, angoisse intense à début brutal, qui l'a écrasée, lui a donné l'impression d'une impossibilité de soulagement thérapeutique. Syndrome de dépersonnalisation associé.

Les rires qu'elle a présentés, et qui ont pu nous paraître immotivés, sont liés d'après la malade à une petite note euphorique apparue secondairement.

Il faut noter l'importance de la suggestibilité, d'un certain théâtralisme, et d'une allure globalement hystéroïde.

Extraversion secondaire avec logorrhée. C'est ainsi qu'elle nous explique son anxiété lors de la primo-infection, lors de son hospitalisation récente, lors du moindre changement d'habitude. Quant à l'inhibition qui la gêne dans son travail intellectuel : « Je m'en accommode fort bien », nous dit-elle.

Le lendemain, reprise de la symptomatologie habituelle.

Conclusion. — Cette malade, qui posait le diagnostic d'un état d'inhibition névrotique, ou d'un processus schizophrénique, a présenté sous Psilocybine une crise d'angoisse avec phénomènes de dépersonnalisation. Il n'y a eu lors de l'épreuve aucun phénomène d'automatisme mental, aucun autre symptôme de dissociation. Seule, s'est produite une courte période onirique rapidement interrompue. Ainsi il n'y a pas eu de phénomènes signant une psychose discordante. Cette épreuve ferait envisager la probabilité d'un état névrotique grave, type névrose d'angoisse. Le jeune âge de la malade est cependant une des raisons de plus pour réserver le pronostic.

Il faut signaler que nous avons revu récemment la malade : son état psychique était inchangé..

Observation n° 38

Madame J... Yvette, sans profession, 24 ans, entre au service libre le 2 décembre 1958, pour phobies d'impulsion.

Ces phobies d'impulsion sont survenues 6 semaines après son premier accouchement : brutalement, alors qu'elle était en train de nourrir sa fille, peur brutale de lui écraser la tête. A noter que cet accouchement avait été rendu pathologique par l'apparition, lors du travail, d'une crise éclamptique.

Rapidement, s'organise toute la symptomatologie dans laquelle domine la phobie de tuer son enfant par différents moyens. Secondairement, s'installe un état dépressif avec anxiété prédominante, crises de larmes, idée de suicide, etc.. Semi-apragmatisme. Fait important, signalons la notion de comitialité (la crise éclamptique, une crise typiquement comitiale de type temporal plus récente), comi-

tialité qui est du reste confirmée par EEG ; sous cardiazol, elle apparaît focalisée. D'autres examens complémentaires neuro-chirurgicaux n'ont pas apporté d'autres renseignements. Cette épilepsie focalisée, temporale gauche, pourrait être secondaire à l'éclampsie.

Le 21 février 1959, on pratique une épreuve à la Psilocybine (9 mg ; voie intramusculaire).

Avant : Pouls 120 ; T.A. 15/9 ; réflexes rotuliens normaux ; pupilles 1/3

13 h. 50 : *Injection de la Psilocybine* (2 médecins sont les observateurs)

14 h. 10 : La malade devient extrêmement anxieuse, éprouve une sensation de malaise, indéfinissable ; agitations, pleurs. Les yeux fermés, voit des figures géométriques colorées lui rappelant les planches d'un test passé récemment. Elle se voit également à l'intérieur du château de Versailles qu'elle a visité il y a un an. Certaines de ses visions sont analogues à celles qui se produisent au cours de l'« aura » des crises temporales.

14 h. 30 : Présente des modifications perceptives et somatognosiques : impression que ses bras sont déformés, qu'ils sont loin d'elle, qu'ils sont en bois ; ne les reconnaît plus, ne reconnaît plus sa voix, c'est comme si elle ne l'entendait plus. Désorientation, la pièce lui semble inconnue, elle lui semble très grande, les murs sont très éloignés, les observateurs ont un visage déformé. Ces modifications lui rappellent pour certaines, les troubles présentés au cours des « auras » comitiales. Il a été malheureusement impossible de faire l'EEG.

Progressivement, l'anxiété diminue, la malade devient légèrement euphorique ; elle nous précise qu'elle ne voudrait plus penser, qu'elle a peur de certains souvenirs. « Du reste, nous dit-elle, je ne vous les dirai pas. »

Petit à petit, toutefois, envisage un certain nombre de problèmes névrotiques. Elle nous fait part de ses sentiments vis-à-vis de son mari : « Je ne sais pas si je suis contente d'être mariée. » Brutalement, elle se retourne : « J'ai cru voir mon père... Je ne me souviens pas de mon père. Si, je le vois, j'ai l'impression que c'est vous. Non, ce n'est pas vous, il était grand, mince, brun, il vous ressemblait un peu. Il était très gentil. Je l'ai toujours connu malade. C'est mon frère qui m'a appris sa mort, je revois la scène. Ma mère, elle est très bonne. Elle n'était pas là quand j'étais petite, c'est ma grand-mère qui s'occupait de moi. Je ne savais pas qu'il fallait travailler pour vivre... Je n'aime pas le bruit (il y a du bruit dans le couloir). Je voudrais me réveiller. »

Q. — Où dormiez-vous étant petite ?

R. — Dans la chambre (elle devient très réticente)

Q. — Dans quelle chambre ?

R. — Dans la chambre de mes parents... il y a du bruit derrière moi !

Q. — A quoi cela vous fait-il penser ?

R. — A mon père, peut-être... Je ne me souviens pas de ce que je vous ai dit il y a une minute. Je voudrais sortir de ce cauchemar. Ma vie est un cauchemar. J'étais très craintive, étant petite... J'ai l'impression d'avoir un drap sur moi, comme dans la nuit qui a suivi mon opération de l'appen-

dicite. J'étais très contente qu'on m'opère, j'avais 10 ans.

Depuis que papa était mort. Je ne pouvais plus manger. J'aurais voulu avoir un garçon pour qu'il ressemble à mon père, mais c'est une fille. Si j'avais su, je ne me serais pas mariée... J'aurais voulu travailler bien à l'école, je voudrais bien retourner en arrière, avoir 20 ans, non, 6 ans... laissez-moi partir, j'en ai assez... »

18 h. : La malade nous expose les difficultés qu'elle a avec son mari. « Il n'a pas voulu que je travaille ; huit jours après mon mariage, il a prétexté que j'étais fatiguée, il est allé voir mon Directeur. Il est jaloux, il n'est pas très intelligent. »

Rivalité entre le mari et le frère de la malade au point de vue politique. La veille de sa première phobie, il y a eu une dispute entre elle et son mari, et celui-ci a fait lui-même du chantage au suicide.

— Au point de vue somatique, les constantes sont redevenues normales, à part une légère mydriase.

Le lendemain, il est possible d'envisager avec elle les différents éléments apportés par l'épreuve à la Psilocybine.

Conclusion. — La Psilocybine a reproduit chez cette malade (épileptique temporelle) une véritable « aura » comitiale, strictement identique à celle qu'elle présente habituellement. Il a été malheureusement impossible de pratiquer à ce moment-là un EEG. La Psilocybine a également permis de connaître un certain nombre d'éléments pour apprécier la psychogenèse des phobies d'impulsion ; elle a permis à la malade de prendre conscience de certains faits importants.

Observation n° 41

Mlle C... Denise, sténo-dactylo, 32 ans, est hospitalisée au service libre le 27 février 1959 : elle se plaint d'être « obsédée ».

Il s'agit en effet d'une malade atteinte de psycho-névrose obsessionnelle remontant à 1941, centrée actuellement sur :

- la crainte de prononcer certains mots : « assassin, criminel ».
- la crainte de faire du mal avec des épingles qu'elle aurait sur elle, et que les gens pourraient avaler, créant ainsi
- une phobie de contact
- des rituels conjuratoires et vérificateurs divers
- un apragmatisme important depuis 2 ans.

Lors de l'examen : anxiété importante ; malaise exprimé sur le plan gestuel et mimique.

Caractère scrupuleux ; docilité, passivité.

Niveau intellectuel supérieur à la moyenne.

De nombreux traitements ont été appliqués chez cette malade avant son hospitalisation.

Dans un but d'exploration psychologique, on pratique, le 5 mars 1959, une injection de psilocybine : 9 mg. intra-musculaire.

Avant l'injection : Puls 96 ; T.A. 14/8 ; pupilles normales ; réflexes rotuliens normaux.

13 h. 05 : Injection de Psilocybine

13 h. 10 : Réaction violente. Pleure : « J'ai peur de dire du mal, j'ai peur de calomnier ». Anxiété vive, parle lentement.

13 h. 15 : Vertige : mydriase

« J'étouffe ; c'est désagréable »

Débit de la parole très ralenti « Je n'ai rien fait de mal. J'ai peur de ne pas guérir. J'ai confiance en vous, vous cherchez quelque chose. »

13 h. 30 : Malaise « Je suis comme cela quand je suis ennuyée »
Bradypsychie

13 h. 25 : Pouls 84 ; T.A. 15/8 ; mydriase ; réflexes rotuliens + + +.
Soupire ; pleure : « J'ai peur de devenir folle » ; très angoissée.

« J'ai trop étudié ; je suis allée jusqu'au brevet ; je n'en étais pas capable ; je mettais trop longtemps ; je n'étais pas douée. Je n'ai pas confiance en moi. Je voudrais être à ce soir pour dormir, et pourtant je rêve. »

« Je suis un monstre, parce que je leur donne du souci.

Je voudrais m'occuper de petits enfants, mais cela n'est pas possible, ayant été malade... J'aurais voulu me marier et avoir des enfants... Je voudrais mourir, mais il ne faut pas à cause de mes parents...

« Je n'ai plus la même voix... Ce qu'elle est drôle... Il me semble qu'elle est plus forte... Mes mains ne sont plus mes mains... Ce sont des mains de bête... Je me sens toute blanche, des membres de mort, et pourtant je suis toujours la même. »

A noter : l'obnubilation intellectuelle très grande ; la malade cherche constamment les mots qu'elle veut employer ; on la comprend mal ; lenteur des mouvements. Persévération des attitudes. Passe du rire aux larmes.

« Je veux guérir, ne plus me donner en spectacle. »

Parle d'une certaine gifle qu'elle aurait reçue :

« Je voudrais voir mes parents, parce que je les aime. Ils sont gentils mes parents (pleurs + + +). J'ai peur de dire du mal de ma famille... Peut-être suis-je contrariée, car j'aimais ce jeune homme. — Eructation ; gargouillement. Congestion faciale.

« Mes obsessions reviennent. J'ai peur de mal vous expliquer. J'ai peur que ça se voie... Quand j'étais petite, j'étais en bonne santé. Qu'est-ce qui m'arrive ? Je vais me retrouver encore malade. Je suis malade ; je voudrais mes parents, j'ai peur... Je ne veux pas les quitter... J'ai des bons souvenirs quand j'étais petite. Nous allions à la mer avec mes parents. Il avait 2 ans de plus que moi... Mon frère... Il a été électrocuté dans son travail. »

14 h. 15 : Pouls 72 ; T.A. 14/8 ; pupilles normales ; réflexes rotuliens normaux.

« J'ai eu une enfance heureuse. C'est peut-être pour ça que je suis malheureuse. Il y en a qui ont perdu leurs parents. D'autres qu'on a mis à l'Assistance publique... Vous n'arriverez jamais à me guérir... »

« C'est drôle, quand mes bras sont sur le lit, ils sont normaux ; quand je les mets sur moi, il me semble que mes bras sont petits et mes mains plus grandes. »

« Vous ne me guérirez jamais. Cette piqûre m'a enlevé la confiance... Maintenant, je vais mieux, j'ai à nouveau confiance en vous.

— Euphorie. Détente avec une pointe de coquetterie. Familiarité.

— Un médecin sort, puis revient. « Il me semblait que vous étiez allé voir la jeune fille dans la chambre voisine pour lui demander comment je me comportais. J'entendais votre voix à travers le mur (or ce médecin n'était pas dans la chambre voisine). J'entendais comme si on tapait quelque chose. »

« Ma famille existe bien. Je n'ai pas rêvé mon enfance. Non, je n'ai pas rêvé... »

15 h. : Pouls 84 ; T.A. 13/7 ; pupille 1/3 ; réflexes rotuliens : normaux.

« Je ne me sens plus moi-même ; j'ai peur de devenir folle.

« J'étais très gâtée, car j'étais très aimée ; j'étais envieuse, j'ai longtemps eu envie d'un landeau pour promener ma poupée... C'est gentil un enfant, un tout petit enfant. Plus grand, c'est turbulent. J'étais désobéissante... J'étais une mauvaise élève. Mais mon catéchisme, je l'ai bien appris...

— Premiers scrupules lors de la première communion :

« J'avais peur de croquer l'hostie... »

— Se remémore l'histoire de la gifle : lors d'une discussion avec une amie (à 16 ans), elle reçoit une gifle :

« Je me sentais déshonorée. J'ai souvent songé alors à me venger ; je ne l'ai jamais fait. Elle me disait que cela m'était égal qu'il y ait des gens qui meurent. Mon père me disait que je n'avais pas d'amour-propre. »

— Quand elle était tout enfant, elle n'était pas belle ; ses parents la vexaient à ce sujet :

« C'était plutôt des réflexions... Je m'ennuie... Je ne veux plus qu'on me fasse cette piqure... Oui, je ne suis pas belle. Quand j'ai eu mes lunettes (pleure) mon père m'a dit que ça me complétait !!! Ce n'était pas méchant (émotion +++). Je m'ennuie... je veux le voir... pour l'embrasser... Ma mère est plus douce, mon père plus vif... Il se moquait de moi... A ce moment, j'ai peut-être été furieuse... Ils sont si bons, si bons, si bons... Je suis sûre de vous avoir dit du mal... Si je vous ai dit du mal, ce n'est pas vrai. J'ai à dire du mal de personne... Je voudrais bien lire ce que vous marquez... C'est des monstres les gens qui pensent ça... Je devrais être punie pour les mots qui me viennent... »

17 h. : « Il faut que je vous parle. Au début, je me suis trouvée bizarre, toute rétrécie. Mes mains étaient plus fortes. J'avais peur de perdre conscience. J'étais un peu comme dans un autre monde, un peu irréel ; je me demandais : ce n'est pas de l'invention, ma famille, est-ce bien vrai ?... Je sais pourtant qu'ils existent, mais il y a un doute...

Cherche toujours les mots qu'elle veut employer. Mais nous précisons :

« J'ai peur de mal vous répondre. »

« L'atmosphère a changé après la mort de mon frère. Mes parents disaient que la vie était terminée pour eux... Il aurait mieux valu que ce soit moi. »

— L'obnubilation de la conscience a diminué. La malade se remémore certains épisodes de son enfance, et sous l'influence d'une certaine subexaltation euphorique, nous en fait part :

« J'en voulais à ma tante D., car elle avait de beaux cheveux ; à une autre de mes tantes, parce qu'elle disait que je ne ressemblais pas à mon père. Je pensais que c'était parce que j'étais laide... Je leur répétais toujours : Je ne suis pas comme tout le monde. Je voudrais grandir (mesure 1 m 51). On me traitait en bébé... J'aurais voulu être un garçon pour être soldat... Or, dans le fond, la guerre c'est fait pour faire du mal aux gens. » Conduite auto-punitrice dès son enfance, etc.

A 18 h. : Examen somatique : les constantes se sont normalisées.

Le lendemain, après une nuit un peu agitée, la malade semble moins inhibée. Elle nous précise qu'au début de l'épreuve (lors des sensations de déformation), elle avait l'impression que ses mains touchaient un cadavre.

De plus, on finit par savoir, par l'interrogatoire, que durant son enfance, on lui disait par taquinerie : « Tu as été trouvée à l'Assistance publique, tu n'es pas notre fille ! »

Conclusion. — L'épreuve à la Psilocybine chez cette malade atteinte de psychonévrose obsessionnelle, a donné lieu à une réaction anxieuse brutale, avec syndrome de dépersonnalisation et « peur de perdre la raison ».

Dans une seconde phase, elle a permis de mettre en évidence un certain nombre de traumatismes importants, une forte agressivité qu'elle essayait, du reste, d'annuler aussitôt. Ces faits, ces sentiments, présumés par l'interrogatoire habituel, étaient, sous Psilocybine, particulièrement évidents.

Observation n° 47

Mme L., Marthe, concierge, belge, 24 ans, est internée (placement volontaire urgent) le 9 janvier 1959.

Troubles du comportement d'apparition récente. Vol de 50.000 fr. à une voisine, motivé, d'après elle, par son état de dénuement et l'épuisement de ses ressources. Plainte de la voisine. Affaire en cours. Admise en maison de repos pour dépression. Le médecin signale qu'elle a de nouveau dérobé de l'argent à l'une de ses voisines. Tendance mythomaniacale, avec idées de grandeur. La malade prétend n'avoir qu'un souvenir confus de ses deux vols. Signale que depuis l'âge de 9 ans, elle a des pertes de connaissance brèves, complètes, sans mouvement convulsif. La première crise s'est accompagnée de perte d'urine et de morsure de la langue. Aurait, depuis, des crises de colère clastiques, avec impulsions et même tentatives de suicide par absorption de gouttes ophtalmiques. Cette tentative a été racontée à la malade par son mari, car elle n'en garde aucun souvenir. Antécédents psychiques familiaux.

Les examens cliniques et paracliniques faits les jours suivants ont précisé un certain nombre de points :

— Les tendances mythomaniacales; une biographie de névropathe.

— A l'examen somatique : gigantisme modéré macroskele, sans perturbations biologiques endocriniennes très nettes; examen neurologique normal.

— EEG : quelques altérations non spécifiques temporales gauches.

L'épreuve à la Psilocybine est demandée pour tenter d'explorer plus profondément la personnalité de cette malade. Elle est pratiquée le 6 mars 1959 (9 mg, voie intramusculaire).

Avant : Pouls 84; T.A. 13/7; réflexes rotuliens normaux; resp. 24; pupilles : normales.

16 h. 25 : *Injection de la Psilocybine.*

16 h. 35 : Vertige; soif +; bouche pâteuse.

Congestion faciale; mydriase.

Impression de froid; à l'impression de trembler; malaise.

16 h. 40 : Pleure : « Je ne suis pas comme d'habitude ; je ne suis pas bien ; cela n'est pas comparable... Cela n'est pas comparable à mes pertes de connaissance... « Fourmillements dans les doigts. « Je ne sais plus de quelle couleur sont les murs... Ils sont plus vifs qu'ordinairement... Je suis bizarre. »

— Pleure, s'agite ; elle revit des scènes traumatisantes de son enfance : ainsi une fois, sa grand'mère lui ayant acheté des fruits (c'était pendant la guerre !), sa mère les aurait emportés... Cette scène est revécue avec une grande émotion !...

« C'est bizarre, tout ce qui me revient. Une fois j'ai cassé une tasse. Je me suis arrangée pour que ma grand'mère croie que c'était le vent qui en était la cause... Elle m'a grondée un peu, mais pas beaucoup... Je lui ai fait un cadeau et ça s'est passé... Elle m'aimait beaucoup. Tout ce que je faisais était bien. »

— Au début de l'épreuve, phase de reviviscence de nouveau pénible. Pleurs +++. Emotion.

Peu à peu le théâtralisme paraît de plus en plus évident. La malade prend une attitude de plus en plus infantile.

17 h. : Pouls 96 ; T.A. 13/9 ; réflexes rotuliens ++ ; pupilles : mydriase +++.

« J'avais 3 semaines quand je suis allée chez ma grand'mère et mon grand-père... J'avais une belle poupée... Mon frère lui a coupé la tête, et l'a mise dans un trou... Je le revois encore ; j'avais deux frères plus jeunes que moi.

« L'un de mes frères était chez mes autres grands-parents. Mon autre frère était chez ma mère... C'est lui qui m'a cassé ma poupée... Ma mère lui donnait toujours tout, à mon frère. Or, c'est lui qui a cassé ma poupée... Ma mère ne lui disait rien... J'ai eu envie de le battre. C'est ma grand'mère qui me l'avait offerte... Mon frère, il obtenait tout ce qu'il voulait de ma mère... Mon père a voulu que je quitte ma grand'mère pour me reprendre. »

— Agitation. Pleurs. Soif intense. Diurèse augmentée.

Lorsqu'on envisage le problème (que l'on sait inquiétant pour elle), qui est celui de ses origines flamandes, elle pleure... « Je suis très handicapée pour parler, dit-elle, un français correct !... ?... » Signalons également l'importance pour la malade de la séparation de deux parents, motivée par l'inconduite de sa mère... « Ma mère avait essayé de me reprendre... mais il y avait mon beau-père. Je n'ai jamais pu l'appeler papa... Mon père en a parlé au juge d'enfants qui m'a fait mettre en pension... A l'école, on m'appelait la girafe... On m'a coupé les cheveux... Or, j'étais très coquette... »

« Je devais appeler ma mère « Tante », quand j'allais chez elle, en raison de la présence de la famille de mon beau-père... Ma mère les logeait, eux, mais pas moi !... Elle était furieuse de me voir... Elle était moins qu'affectueuse ! Elle n'aimait que mon jeune frère... Elle lui achetait des friandises pendant la guerre... »

« Ma grand'mère, elle, m'attrapait quand je volais des friandises... Je pleurais. Elle pleurait également, puis ma grand'mère me consolait... » Ainsi, on obtient la notion de vol dans l'enfance. Elle nous rappelle également ses fugues, qui eurent lieu durant son enfance (on lui avait dit que sa grand'mère était morte).

Elle nous décrit sa « peur du noir » : « J'ai toujours eu peur, peur d'aller à la cave ; j'ai peur du noir. On dirait qu'il y a quelque chose qui remue... » Ceci est peut-être à rapprocher d'un événement récent. Elle nous affirme avoir trouvé dans son couloir, récemment,

une nuit, le cadavre d'un Nord-Africain et elle aurait fait une déposition (secondairement, cela s'est avéré faux).

Enfin, une phase hypomane avec logorrhée, fuite des idées, réminiscence. Ton bien plus euphorique. Causticité. Toujours attitude théâtrale. Réclame un dictionnaire français (alors qu'elle n'en a nullement besoin). Présentation ludique.

Les souvenirs sont toujours très nombreux, mais les faits mémorés sont bien plus récents. Elle envisage ainsi différents problèmes.

— Problème de situation : à une époque, elle n'était que femme de chambre ;

— Problème conjugal :

« Il est agent technique ; il est trop calé pour moi... Il ne me parlait que de son travail. »

Elle nous « avoue » qu'elle est « frigide ». Au début de leur mariage, elle dit avoir été jalouse. Elle a fait alors du chantage au suicide. Actuellement, c'est lui qui serait jaloux, mais « il tient à moi pour les enfants ». A noter que la malade ne parle jamais de ceux-ci.

— Durant cette phase euphorique, elle nous entretient, sans que nous lui ayons posé de question à ce sujet, des vols qu'elle a commis. Ce souvenir entraîne à nouveau une phase de pleurs : elle n'osait pas en parler à son mari : « J'avais peur qu'il ne me quitte... » Ce vol serait, d'après elle, un vol « inconscient » : « Je m'étais endormie ; au réveil, l'argent était à côté ! ? » Difficultés pécuniaires énormes : « Mes enfants n'avaient rien à manger... Je souffre à chaque fois que l'on me parle de mes vols. » (Or, c'est elle qui nous en a parlé...)

D'autres souvenirs, d'autres épisodes traumatisants sont ainsi rappelés par la malade. L'épreuve aurait duré fort tard. Nous l'avons interrompue à 20 heures.

A cette heure-là (20 h.) :

Pouls 80 ; T.A. 13/8 ; mydriase 2/3 ; réflexes rotuliens ++.

Le lendemain, les « thèmes sont repris » avec la malade. Il faut noter l'importance des relations transférentielles établies.

Conclusion. — Cette épreuve à la Psilocybine s'est avérée particulièrement fertile chez notre malade. De nombreux souvenirs importants dans la psychogenèse ont été revécus ou remémorés. La malade se souvient parfaitement de cette épreuve. Le diagnostic de déséquilibre avec hystérie prédominante paraît probable (il sera confirmé confirmé secondairement par l'examen psychométrique). Il n'y a pas eu, durant l'épreuve, de crises d'allure comitale. Les examens complémentaires élimineront complètement l'hypothèse de la comitativité.

Observation n° 50

Mme T., Geneviève, 28 ans, secrétaire. Entre dans le service le 10 juin 1959, pour un état dépressif et anxieux.

Première hospitalisation en 1956 où elle avait été intitulée « caractère hystérique ». En effet, la malade présentait des manifestations hystéroïdes, des périodes d'excitation psychomotrice, des manifestations clastiques très violentes. Fugue ou pseudo-fugue.

Deuxième hospitalisation actuelle ; la malade présente essentiellement des troubles du caractère et du comportement. Difficultés conjugales. Syndrome dépressif associé.

Injection le 24 juin 1959, de 9 mg de Psilocybine, par voie intramusculaire.

- Avant : Pouls 126 ; T.A. 13/8 ; réflexes rotuliens + ; resp. 16 ; pupilles 2/3 ; tremblements émotionnels ; opposition.
- 12 h. : *Injection de Psilocybine.*
- 15 h. 30 : Augmentation de l'anxiété et de l'opposition qui deviennent très caractérisées : la malade s'éloigne dès que l'on s'approche d'elle ; agitation. L'examen est impossible.
- 16 h. 25 : L'état psychique persiste identique : « Je me sens triste, c'est tout. » Il est possible, toutefois, de faire un examen physique : pouls 115 ; T.A. 14/9 ; réflexes rotuliens faibles. Pupilles 3/4 ; resp. 15. Augmentation de la coloration faciale.
- 19 h. 30 : La malade est de retour dans sa chambre. Là, l'état d'opposition a cédé ; une logorrhée importante lui a succédé ; la malade nous dit avoir même besoin de compagnie. Elle est bien plus détendue, confiante. Il est possible, c'est la première fois depuis le début de l'hospitalisation, d'aborder les différents problèmes qui l'inquiètent. Jusque-là, elle avait l'impression qu'on se moquait d'elle, que tout le monde lui était hostile ; elle s'était butée. Aujourd'hui, lors de l'injection de la Psilocybine, ces sentiments sont accentués. Elle était triste. Le souvenir de sa mère dominait la réaction... Il est difficile d'en savoir plus au sujet de celle-ci. Lorsque le médecin lui demandait des renseignements sur sa mère et sa sœur, elle a eu l'impression, en raison de ces questions, que celui-ci connaissait ses pensées. Du reste, toutes ses autres pensées étaient connues ; sentiment d'hostilité. Syndrome de dépersonnalisation : ses mains lui apparaissaient étrangères, surtout, elles lui paraissaient être faites pour étrangler. Quelques phénomènes psycho-sensoriels visuels.

Secondairement, est apparue une euphorie qui a commandé cette phase d'extraversion. Durant cette période, elle décide de régler le problème conjugal qui l'inquiète, elle décide ainsi d'abandonner l'idée de divorce.

L'examen somatique : pouls 102 ; T.A. 14/8 ; resp. 18 ; pupilles 3/4 ; réflexes rotuliens : faibles.

Le lendemain, envisage avec son médecin, l'un des observateurs, les différents problèmes qui l'inquiètent. Elle est calme. Toutefois, elle nous signale que, durant la nuit, elle a eu une crise d' « asthme ».

Conclusion. — Cette malade pour laquelle avait été porté le diagnostic de caractère hystérique, et qui avait dans le service une attitude d'opposition marquée, a présenté, lors de l'épreuve à la Psilocybine, une première phase avec exacerbation de cette opposition, anxiété, impression d'hostilité et surtout de devinement de la pensée, ainsi qu'un syndrome de dépersonnalisation ; une deuxième phase euphorique s'est accompagnée de surexcitation verbale. Durant celle-ci, la malade a pu envisager avec son médecin un certain nombre de ses problèmes névrotiques. L'épreuve à la Psilocybine a entraîné en effet l'installation de relations transférentielles certaines vis-à-vis du thérapeute.

Il faut signaler que la malade avait déjà, dans une hospitalisation précédente, reçu du L.S.D. 25. Celui-ci avait seulement provoqué une

période de fou-rires immotivés (semble-t-il). Il n'y avait pas eu de libération mnésique ni de période d' « extraversion ».

Observation n° 52

M. A... Mohamed, 49 ans, manœuvre, est hospitalisé au service libre le 22 décembre 1958, en raison de manifestations hystériques apparues en juillet 1956 (cathémophrénose).

En 1954, M. A... vient en France. Il abandonne sa famille et sa maison dans le Sud Algérois pour venir améliorer ses conditions matérielles. Il travaille régulièrement en France jusqu'en février 1956, date à laquelle il reçoit un poids de 50 kgs environ sur ses épaules. Il est arrêté dans son travail et jusqu'à la date de l'hospitalisation actuelle, il ne reprendra pas ses occupations (ce qui a entraîné des difficultés avec la Sécurité Sociale).

En juillet 1956, une légère hémorragie rectale, liée, semble-t-il, à des hémorroides, marque le début de la période psychiatrique. En effet, à partir de cette date, installation du « gros ventre hystérique » survenant au milieu d'une phase d'anxiété (il se trouve seul, malade, à Paris). Depuis cette date, il recevra de nombreux traitements psychiatriques : électro-chocs, largactil... ; il sera de nombreuses fois opéré. Il faut signaler que son père est décédé en 1936 d'une hémorragie intestinale.

Ingestion le 4 février 1959 de 10 mg de Psilocybine (voie orale).

Avant l'absorption : pouls 84 ; T.A. 17/11 ; réflexes rotuliens +. Coloration normale du visage.

Attitude asthénique, gémissante. Respiration : tantôt suspireuse, tantôt hyperpnée gémissante, de rythme très accéléré ; elle conditionne les manifestations abdominales.

10 h. : *Ingestion du produit.*

10 h. 25 : Pouls 78 ; T.A. 20/12 ; pupilles 1/2 ; réflexes rotuliens ++++. Visage légèrement coloré ; resp. 88. Cette hyperpnée paraît exister seulement lors de l'observation du médecin.

10 h. 30 : Somnolent, a peur. Son ventre est devenu plat durant 2 minutes ; puis tout a réapparu.

10 h. 35 : Crise névropathique.

10 h. 45 : Deuxième crise névropathique. La respiration est toujours accélérée.

Pouls 86 ; T.A. 21/15 ; mydriase 2/3 ; réflexes rotuliens +++ diffusés.

11 h. : On le fait marcher, ce qui, dit-il, occasionne des vertiges. Nouvelles crises névropathiques. Il faut signaler que :

— La première crise névropathique a été provoquée par le rapprochement d'idées entre l'hémorragie intestinale qu'il a présentée et celle qui a précédé la mort de son père ;

— La deuxième crise a été provoquée par le souvenir de ses enfants ;

— La troisième crise a débuté lors de la reprise de la marche.

Le malade paraît très anxieux : « Une seule chose m'inquiète, nous dit-il, mon ventre est dur. » Cortège dépressif surajouté.

11 h. 20 : On fait pratiquer une hyperpnée profonde et prolongée : l'abdomen redevient plat. Il faut noter le rôle de suggestibilité, de la persuasion qui existent normalement chez le malade, mais sont exacerbées par la Psilocybine. Pendant une heure environ, il est possible d'entretenir une

disparition des symptômes. De même, il est possible également de provoquer des crises névropathiques, ou une série de scènes de clownisme.

La dysphorie est encore très importante : gémissements, larmes, etc.

Examen somatique : pouls 78 ; T.A. 18/11 ; mydriase 2/3 ; réflexes rotuliens +++.

Conclusion. — Chez ce malade qui présentait comme symptôme majeur une catiémophrénose accompagnée d'un syndrome dépressif avec manifestations hypocondriaques, la Psilocybine augmentant l'anxiété, a fait également apparaître plusieurs crises hystéroïdes. Par contre, les signes abdominaux ont disparu pendant une période relativement longue ! (En effet, une narco-analyse, un choc amphétaminique faits antérieurement, avaient entraîné la disparition du symptôme ; cette sédation avait persisté au maximum durant 10 minutes). La modification du tableau clinique a persisté ici durant tout le temps d'action de la drogue. La Psilocybine a également confirmé cette impression clinique qu'il existait une relation entre les troubles du malade et ceux qu'a présentés son père. Il faut signaler également, durant toute cette période, une exacerbation de la suggestibilité habituelle du malade.

Observations n° 65 et 66 (27)

(Nous avons développé particulièrement ces 2 protocoles, car ils nous paraissent très typiques.)

Mlle B... Henriette, 35 ans, employée dans une perception, est hospitalisée au service libre le 23 mars 1959, pour des manifestations compulsives concernant l'alimentation.

— Cette malade qui se décrit comme une boulimique, présente toutefois un *état physique* très précaire : son poids atteint à peine 40 kgs pour une taille de 1 m 69.

Les *manifestations compulsives* ont débuté vers 1943, alors que les difficultés alimentaires et financières de sa famille étaient au maximum. Dans une période dépressive, elle avait décidé de maigrir et elle se privait de manger. L'amaigrissement fut de 20 kgs en un an. Ses règles s'arrêtèrent alors. Ayant toutefois conservé son appétit, elle commence à voler une partie de la ration de pain familiale, ce qui entraîne des remords immédiats. Elle est hospitalisée alors dans le service du Professeur Heuyer. Son poids augmente, mais ses règles ne réapparaissent pas. Elle peut mener ensuite une vie quasi-normale jusqu'à 1952, époque où elle doit être à nouveau traitée. Les compulsions alimentaires dominent alors le tableau clinique. Elle sera à nouveau hospitalisée en 1956, puis en 1959 enfin.

Son *mode de vie* en dehors des périodes de traitement, nous frappe par son extrême régularité : tout y est minuté et prévu. Elle ne se permet de distractions que dans la mesure où celles-ci peuvent être considérées comme culturelles. De même, elle s'est fixé un nombre d'habits, nombre qu'elle ne doit pas dépasser. Le caractère singulièrement rigide de cette existence n'échappe pas à notre malade elle-même : elle essaie de rationaliser son comportement : « Je ne peux m'offrir de satisfaction gratuite sans en ressentir une culpabilité immédiate. » Elle a conscience du caractère égocentrique de sa vie. C'est par la religion qu'elle tente de combler son vide affectif : elle parle de ses « fringales spirituelles », tout comme elle parle de ses

fringales alimentaires. Sa religion lui apporte d'ailleurs bien plus puisqu'elle a ainsi l'espoir d'une vie future où elle sera enfin libérée d'un « corps qu'elle n'a jamais pu accepter ».

Le milieu familial est dominé par la mère hyperactive et perfectionniste. Le père, comptable « vérificateur », subit passivement la tutelle de sa femme. Mlle B..., aînée de 4 enfants, a toujours souffert de l'atmosphère familiale qu'elle considérait comme « étriquée ».

Fort instable durant toute sa scolarité, Mlle B... attirait fréquemment sur elle les colères de sa mère qui établissait continuellement des comparaisons entre notre malade et ses autres enfants. Signalons un épisode d'anorexie lorsqu'elle eut 6 ans.

A son entrée dans le service, différents examens complémentaires ont été pratiqués, en particulier un examen psychométrique qui confirme le haut niveau intellectuel de la malade, ainsi que l'immaturation affective, syndrome qui apparaît au premier plan dans l'étude des tests de personnalité.

Afin de compléter l'exploration de la personnalité de la malade, une première épreuve à la *Psilocybine* fut pratiquée le 20 avril 1959, injection de 8 mg de *Psilocybine* par voie intramusculaire.

Avant l'injection : pouls 72 ; T.A. 17 ; resp. 12 ; pupilles : myosis ; réflexes rotuliens : normaux.

La malade était traitée alors par 100 mg de *chlorpromazine*. Le traitement n'avait pas été interrompu.

14 h. 50 : *Injection de Psilocybine*.

15 h. 15 : Bâillements, congestion faciale, vertiges et nausées.

15 h. 30 : Impression de chaleur au niveau de la figure, de froid au niveau des pieds.

Pouls 72 ; T.A. 13/8 ; resp. 12 ; pupilles 2/3 ; réflexes rotuliens normaux ; signe de Romberg, secousses nystagmiformes.

15 h. 35 : « Je vais mieux. »

15 h. 50 : Pouls 72 ; mydriase 1/3 ; T.A. 17. Resp. 12 ; réflexes rotuliens +.

Devant la non-apparition des symptômes psychiques, et sachant que notre malade était traitée par la *chlorpromazine*, nous avons pensé alors que la réaction se limiterait aux seules modifications somatiques et nous avons renvoyé la malade dans sa chambre.

Revue le lendemain, Mlle B... nous a raconté qu'elle avait vécu, en fin d'après-midi, peu après le retour dans son lit, un épisode extraordinaire : elle était alors surtout euphorique. Elle avait envie de danser, cela lui paraissait d'autant plus facile qu'elle avait le sentiment d'être plus légère. C'était de plus « comme si elle n'avait plus de pieds ». Elle avait également l'impression d'être désincarnée, de n'avoir qu'une âme, d'être au paradis. Elle entendait du reste « les anges jouer de la flûte » (son poste de T.S.F. marchait !). Des hallucinations, agréablement perçues, renforçaient cette vision paradisiaque : parfums étranges, atmosphère bleue, pure et claire. Le temps n'existait plus : « Je suis jeune, soudain, pour éternellement », écrivit-elle au moment même. En effet, la malade traduisit toutes ses impressions dans de nombreux poèmes qu'elle nous a livrés (elle avait l'habitude de rédiger ainsi toutes impressions de la vie cou-

rante). L'euphorie dominait : les titres des nombreux poèmes en témoignent : Alleluia, Plénitude, Printemps, Eden, Euphorie. »

Cette réaction retardée a persisté une heure ou deux, mais il est impossible, en raison du manque d'observateur, de préciser sa durée exacte. Par la suite, la nuit fut calme.

Ayant décidé de pratiquer la contre-épreuve sans thérapeutique, une seconde intoxication à la *Psilocybine* fut réalisée le 24 avril 1959 : la *chlopromazine* avait été supprimée trois jours avant.

Avant l'injection : pouls 84 ; T.A. 12/8 ; pupilles normales : réflexes rotuliens normaux.

16 h. 45 : *Injection intra-musculaire de 8 mg de Psilocybine.*

17 h. : Pouls 84 ; T.A. 14/9 ; réflexes rotuliens normaux ; pupilles : début de mydriase ; augmentation de la coloration du visage.

17 h. 10 : « Je n'ai plus la notion du temps. Mes gestes me paraissent ralentis. »

Nausées, bâillements, débit de la parole ralenti.

17 h. 15 : Voit sa jupe bleu clair ; est « dans un nuage » : « C'est le bleu qui domine. »

17 h. 20 : Vertiges ; envie de vomir.

Voit des cercles concentriques comme « quand on a regardé le soleil ».

Entend « des petites flûtes »... « Je n'ai pas de perroquet comme les vieilles filles. » Parle de « Ces dames aux chapeaux verts ».

— Joue avec son ours (l'ours en peluche Bruno qu'elle possède et affectionne et qu'elle a apporté à l'hôpital). « Je n'ai pas la notion de l'heure. »

Pouls 72 ; T.A. 16/10 ; réflexes rotuliens ++ ; légère mydriase.

17 h. 30 : Pleure : « Vous m'aviez laissée seule. »

17 h. 40 : Pleure ; angoissée. « Je voyais l'agonie du Christ. Je la vivais avec lui. J'ai vu l'agonie très colorée et après la Résurrection ; danse de petits anges, ce sont des petits enfants... couleur de feu. Je le voyais en fermant les yeux. J'ai rêvé, je l'ai éprouvé en moi, j'ai souffert comme lui.

« Après la Résurrection : c'était la récompense... Après ça, j'ai vu du vert, des mosaïques vertes... La maudite porte... parce que c'est la porte de l'hôpital... J'ai l'impression de ne pas être assez aimée ; actuellement, c'est de l'indifférence de ma jeune sœur que je souffre. Elle est très émancipée, elle est très indifférente ; ça accentue ma maladie... Je souffrais du manque d'affection même de mes professeurs. On me reprochait d'être peu ouverte...

— Cherche ses mots :

« J'étais réticente pour manger ; on me pinçait le nez pour me faire manger, c'était une maladie... Je me rappelle que papa qui est très coléreux et très patient arrivait à se mettre en colère pour me faire manger. Maintenant, c'est le contraire. »

— Raconte « l'histoire des fraises » qu'elle vient de revivre.

« Le mari de maman Fer... (personne qui s'occupait un peu plus affectueusement d'elle, enfant) surveillait les fraises pour elle. Elle les a mangées avant. J'étais très jeune... Il était contrarié. Je ne crois pas que j'ai eu du repentir. »

— A 6 ans, épisode d'anorexie remémoré, lors du départ de la maison de son enfance, ce qui la séparait de Mme Fer.

— Rit et pleure à la fois. Cajole son ours.

« C'est un chemin de croix que vous me faites faire. Je suis davantage dans les nuages. Je vous vois trouble... »

— Geste lent. « Je sens les objets de façon irréaliste, comme... »

— Joue avec les mains : « Je ne peux pas expliquer. Je vois le *Naturalia* (journal) plus petit que tout à l'heure. Je suis capable de lire. Je commence à me désincarner ; j'ai l'impression de vivre l'éternité. Mon cas, c'est presque un cas religieux. J'ai toujours eu l'impression de culpabilité ; c'est curieux... »

« J'aime être maître. Je m'observe bien trop... Je pourrais dire à ma mère : « Tu as du lavage à faire avec mon mouchoir » (ton revendicant ; pleurs continus). J'ai l'impression d'être désincarnée, mes mains sont plus petites... Je vous vois plus petite... Pendant la guerre, dans ma famille, on coupait les portions de pain de chacun en raison du rationnement. Je volais la part des autres, de ma sœur plus jeune ; j'avais un très gros appétit tandis qu'avant il était difficile de faire manger... C'est surtout le pain que je mangeais, je suis toujours vorace de pain... La guerre m'a beaucoup frappée (15 ans en 1939)... J'ai toujours souffert de ne pas être aimée. J'étais très renfermée. Heureusement que j'ai Bruno (l'ours). Je n'ai pas de souvenir précis de mon enfance. Je me souviens de cette maison, de ce jardin où je jouais. C'était mon domaine ; cela venait des propriétaires qui m'aimaient beaucoup, eux ! Même actuellement au bureau, c'est de ça que je souffre. Vous devez rire. Vous en avez vu d'autres. Je manque de confiance en moi. Je rate d'avance. Je suis d'un caractère optimiste. Je ne me laisse pas abattre par découragement car je suis chrétienne... La résurrection... et pourtant je pleure facilement... Ma mère, moi, je ne la juge pas... elle n'a pas eu d'éducation suffisante ; elle a eu une enfance très malheureuse, elle a voulu nous donner à nous le matériel, uniquement le matériel... Elle ne s'est pas rendu compte que j'avais besoin d'autre chose que du matériel. Je suis plus intellectuelle, je suis plus sensible ; elle est restée élémentaire. Du moment qu'on a le matériel, ça lui suffit. Ça ne me suffisait pas. Elle me dit toujours : « Tu n'as jamais manqué de rien. » Cette ouverture de cœur et d'esprit qu'elle ne m'a pas donnée... Mon père est très bon, compréhensif, très dans l'ombre ; il se mettait en colère pour mes devoirs, alors qu'il était la patience même ; ça me frappait beaucoup, plus que si c'était maman. Quand il me punissait, c'était judicieux. Il me donnait le martinet. Mais je l'avais mérité... Elle me tirait les cheveux. Oh ! qu'est-ce que j'ai dit... Oh ! c'est affreux ! Je ne devrais pas l'accuser, maman. C'est une pauvre femme. Je suis en train de l'accuser alors que je l'aime... Au fond, c'est maman qui est responsable... Hier, ma pauvre mère, elle est venue, elle m'a apporté à manger. Elle ne voit que ça. Elle est très adroite ; ça s'est limité là. J'ai toujours donné du souci pour manger. J'ai nettement conscience que le départ de cette maison m'a été pénible (la première maison de la famille). Je suis romantique, et pourtant je n'aime pas Dely, l'eau de rose. C'est en dehors de la vie. J'aimais les choses sérieuses. Ma sœur a 28 mois de moins ; on ne s'est jamais disputé ensemble. J'étais contente d'avoir cette sœur, j'avais conscience de mon rôle d'aînée... Je suis réelle. C'est mon problème. Je ne suis pas assez réaliste... Les rapports sexuels, il me faudrait beaucoup aimer pour accepter cela. Il me faudrait beaucoup d'amour pour surmonter cela. Je me rends compte moi-même... Heureusement que j'ai pris Bruno !

— Alternative de chaud et de froid.

« Comme j'étais très renfermée, je ne me suis pas renseignée. Le jour de mes premières règles, je n'étais pas avertie. J'étais très

embêté ; j'avais 14 ans. Je me demandais bien ce qui m'arrivait... J'ai toujours trouvé ça un peu répugnant, j'avais mal. Je suis très extrémiste (sursaut d'angoisse) ; j'ai dû faire une bêtise, j'ai un sentiment de culpabilité... Ces problèmes sexuels m'ont beaucoup troublée... Je me rappelle une fois où j'ai vu mon frère... Ma sœur est beaucoup plus réaliste... Moi j'aime beaucoup la musique, la littérature. Elle aime beaucoup la cuisine, son intérieur. Je n'y attache pas tellement d'importance ; je ne serai pas comme maman. Moi j'aime la cuisine simple, pas comme elle, qui passe toute la matinée à faire la cuisine...

« Ma sœur est très bonne, très chic ; elle est moins intellectuelle, mais travaillait très bien. Elle n'arrêtait pas à la maison de jacasser, alors qu'en classe elle était très sage. Moi, à la maison, j'étais très renfermée ; très souvent, je me cantonnais dans un petit coin avec un livre. On n'entendait plus parler d'H... On me reprochait mon indiscipline à l'école. Le sourire de Mlle D... Je l'ai toujours beaucoup aimée ; avec elle jamais d'altercations. Elle incarnait pour moi la maîtresse et la mère idéales. Son visage me revient très présent à l'esprit (10 ans). Elle était parfaite. J'aurais voulu me confier à elle (se jette sur l'observatrice, les bras en avant)... Cette maîtresse, j'aurais voulu lui faire plaisir (je me souviens très bien de ce sentiment). Je me dépêchais, me dépêchais pour faire mon problème. J'étais tellement contente de lui faire plaisir. Elle est venue dire à maman à la sortie de l'école que j'étais première. Elle était l'image réelle de l'institutrice que j'aurais voulu être... Institutrice ou femme de lettres... Maman me disait que j'avais des idées de grandeur. Cela m'a toujours découragée... J'ai moi-même conscience de l'origine de ma maladie. Pauvre maman. Elle est responsable. Je le sais, mais j'ai un sentiment de culpabilité ; elle me disait que je la faisais saigner...

— Voit son mouchoir très petit.

« J'avais toujours des cauchemars (quand j'étais petite) ; j'en ai encore actuellement.

— Sait l'heure qu'il est (18 h. 15).

« Maman, je l'accuse à la fois et je l'excuse. Mais papa, il est plus intellectuel. Comment se fait-il qu'ils se soient bien entendus ? Maman, elle, est primaire... Je souffre d'un complexe d'infériorité ; j'ai toujours l'impression d'être inférieure à eux. J'ai l'impression que je leur ai volé quelque chose intellectuellement. J'aurais pu mieux réussir... Je me rends bien compte que par mes fringales, il faut que je concrétise un besoin nerveux. Il n'y a que moi qui ai été nourrie par maman ; ce qui m'attache à elle davantage, et me donne peut-être un plus grand sentiment de culpabilité envers elle. J'ai été seule à être nourrie ainsi. Maman voulait nous élever mieux qu'elle-même. Elle nous a brimées, ma sœur qui est maman et moi. Qu'est-ce que j'ai été malheureuse... Maman l'attrapait si elle pleurait. Elle l'envoyait seule au cabinet noir quand elle pleurait ; ça ne la soulageait pas du reste.

« Maman est extrêmement autoritaire » ; elle ajoute aussitôt : « Elle est très bonne. Je ne la changerais pour rien au monde... Je voulais prendre mon baluchon et aller chez maman Fer... « Si tu n'es pas contente, tu n'as qu'à prendre ton baluchon et t'en aller, me disait-elle... » Or, maman, elle se laisse mener par les voisins (elle est très bonne) et par ma dernière sœur... J'ai toujours été délicate pour manger... J'avais l'idée de partir ou de me supprimer, même. Je n'ai pas le souvenir très précis de cela, mais j'ai sûrement eu cette idée-là. »

18 h. 15 : Pouls 88 ; T.A. 12,5/8 ; pupille 1/3 ; réflexes rotuliens : normaux.

Durant la nuit, la malade est agitée.

Le lendemain, on peut reprendre, avec elle, les différents problèmes évoqués, car elle a gardé un souvenir très précis de l'expérience. De plus, fait important, on remarque, les jours suivants, une véritable inversion de l'humeur avec euphorie. A partir de cette date, on note également une reprise du poids (elle ne reçoit aucun autre traitement).

Conclusion. — La comparaison des 2 expériences est très instructive.

— La première épreuve, effectuée avec chlorpromazine, ne donna lieu à aucune abréaction émotionnelle, aucune reviviscence affective. Elle a seulement permis à la malade d'exprimer, sur un mode euphorique, son aspiration fondamentale : être délivrée de son corps.

— La seconde épreuve, effectuée en l'absence de tout traitement, entraîna un afflux de souvenirs. Sans aucun contrôle et avec une violence extrême, elle nous exposa ce qu'elle considère comme la psychogenèse de sa maladie et surtout ses griefs contre sa mère. Des souvenirs d'enfance, jusque-là oubliés, furent revécus émotionnellement, en particulier la séparation d'avec celle qu'elle considérait comme sa seconde et véritable mère (fait qui permit d'expliquer la période d'anorexie de l'enfance).

Ainsi la malade put, au cours de ces deux épreuves, prendre conscience d'un certain nombre de traumatismes affectifs qui nous ont paru avoir une importance psychopathologique considérable. Il fut possible de « reprendre secondairement » tous ces éléments avec Mlle B...

La deuxième épreuve fut suivie d'une amélioration indiscutable. Dans les semaines suivantes, Mlle B... put reprendre « sa vie normale », malheureusement cet effet favorable n'a pas persisté longtemps. A l'heure actuelle cette malade est à nouveau déprimée.

—:—

L'étude de l'ensemble des observations que nous avons classées dans ce groupe V (névroses, psychonévroses, déséquilibre psychique) nous conduit à faire quelques remarques d'ordre général :

— *Pour tous ces sujets*, les épreuves à la Psilocybine ont une *symptomatologie très riche*, et nous apportent un nombre considérable de renseignements. Leur tableau clinique se rapproche singulièrement de celui que nous avons observé chez les sujets normaux (alors que la psychose expérimentale des autres malades s'en éloignait considérablement). D'ailleurs, la plus grande fréquence de certains symptômes chez les névrotiques et les déséquilibrés est bien mise en évidence par le tableau comparatif suivant :

	Gr. V : 29 malades	Gr. I, II, III : 33 malades
	%	%
Hallucinoses, illusions visuelles ..	41	12
Syndrome de dépersonnalisation..	52	12
Libération mnésique	79	27

— De plus, nous sommes frappés par la quasi-constance des *réactions anxieuses* qui peuvent être d'une intensité frappante. C'est en général lors de phases anxieuses que sont remémorés ou revécus certains traumatismes affectifs, souvent très anciens. La réaction émotionnelle est alors particulièrement marquée (pleurs).

— Toutefois, si nous avons pu retrouver quelques traits communs dans ces divers protocoles, le *type même de la névrose* influence considérablement les modalités réactionnelles de l'épreuve à la Psilocybine.

— Chez les *hystériques*, dont le théâtralisme s'exagère encore sous l'influence de la Psilocybine, on observe le plus souvent une première phase anxieuse, avec opposition, méfiance vis-à-vis du médecin, crainte ou quasi-certitude d'avoir révélé (parfois dans une période de mutisme !) des choses importantes ; impression de devinement de la pensée. Secondairement, ce sentiment d'hostilité disparaît, le malade peut enfin raconter ce qu'il vient de vivre, en particulier il nous signale la peur de s'évanouir ou de mourir qui s'accompagne le plus souvent d'un syndrome de dépersonnalisation. On note alors parfois une disparition de l'amnésie qui recouvrait les années d'enfance. La levée de cette amnésie peut être péniblement vécue, en particulier l'évocation de la figure maternelle. La revendication affective vis-à-vis des parents et surtout de la mère est souvent très nette.

Ainsi, une de nos malades a ressenti le sentiment qu'elle éprouvait, enfant, à l'égard de sa mère, si peu « maternelle ». Elle a revécu également certaines scènes pénibles de sa petite enfance : l'attente angoissante du père lorsqu'il rentrait ivre, les disputes entre les parents, le chantage au suicide que faisait son père. Lors de ces reviviscences, nous avons pu noter une modification certaine du ton de sa voix, qui devenait alors geignarde et infantile. De plus, l'étude de ce protocole nous a permis parfois d'avoir connaissance de difficultés anciennes qui ont provoqué l'apparition des diverses manifestations psychiatriques. Enfin, fait important, cette malade qui avait présenté autrefois une paralysie hystérique du bras gauche, nous a affirmé avoir ressenti cette même impression « d'engourdissement » du bras lors de l'épreuve à la Psilocybine. Il n'y a eu toutefois aucun phénomène paralytique.

Lors de notre expérimentation, nous avons tenté d'étudier les modalités réactionnelles des malades présentant des phénomènes de conversion hystérique. L'une d'elles, aphone, recevait malheureusement de la réserpine au moment même de l'épreuve. Il n'y a eu aucune réaction psychique. Il n'a pas pu y avoir de contre-épreuve.

L'autre malade correspond à l'observation n° 52 (cathiémophrénose chez un Nord-Africain). La Psilocybine permit d'obtenir la disparition momentanée du symptôme. Elle mit en évidence l'extrême suggestibilité du sujet, son comportement théâtral ; elle provoqua plusieurs crises névropathiques.

— Chez 2 malades qui présentaient une symptomatologie de « *névrose d'angoisse* », la Psilocybine provoque brutalement l'apparition d'une crise d'angoisse particulièrement intense. Dans l'un des cas, un syndrome de dépersonnalisation exacerbait l'anxiété.

— Chez les *obsédés* (observation n° 41), la réaction est très rapide,

très intense, peut-être mieux verbalisée que chez l'hystérique : anxiété majeure avec peur de perdre la raison, modifications cénesthésiques précoces et globales, syndrome de dépersonnalisation. L'obnubilation de la conscience est profonde au début de l'expérience. Puis s'extériorisent les sentiments de culpabilité ainsi qu'une agressivité que le malade tente d'annuler après l'avoir exprimée.

Cette expérience est vécue comme dramatique par ces malades peu habitués à de telles décharges affectives et à de telles réactions anxieuses. Parfois, ils reconnaissent que cette épreuve leur permet de prendre conscience de leurs problèmes affectifs véritables, grâce à la disparition momentanée de leur rigide système de défense.

Nous avons classé, à côté de véritables psychonévroses obsessionnelles, les 2 cas suivants :

— 1 cas de compulsion du lavage apparu dans une période post-puerpérale ;

— 1 cas d'éreutophobie apparue après un épisode sentimental très culpabilisé.

La structure de la personnalité de ces 2 malades était totalement différente de celles d'une psycho-névrose obsessionnelle, la réaction à la Psilocybine fut très différente de celle que nous avons décrite plus haut.

— Chez les *déséquilibrés*, le comportement varie d'un instant à l'autre : attitude théâtrale ou puérile, opposition passive, hostilité. Les souvenirs affluent (obs. n° 47, 65 et 66), le sujet les raconte avec complaisance ou les revit avec tout leur cortège affectif. C'est au cours d'une abréaction émotionnelle intense qu'il expose ses sentiments de frustration et d'abandon, ses revendications, son agressivité, sa jalousie, sa culpabilité. Les problèmes actuels sont envisagés et le malade réclame une solution rapide à sa situation. La levée des inhibitions et des réticences apporte des renseignements précieux sur l'histoire de sa maladie.

— Enfin, nous avons pratiqué une épreuve à la Psilocybine chez 3 déséquilibrés, dont l'éthylisme était incontestable. Dans un cas seulement, la Psilocybine entraîne une légère exacerbation de l'anxiété (celle que le malade ressentait lors des périodes de dipsomanie). Pour les 2 autres malades, profondément détériorés par l'alcool, il n'y a eu aucune manifestation du tableau clinique.

— Quant à l'observation n° 38, nous l'avons volontairement isolée car il s'agissait d'une comitiale. L'épreuve à la Psilocybine nous a permis d'aborder la psychopathologie des phobies d'impulsion qui existaient chez cette malade ; de plus, nous avons vu se produire, au cours de l'intoxication, des manifestations analogues à l'aura temporelle habituelle.

Telles sont, dans le cours des névroses, les multiples réactions provoquées par l'épreuve à la Psilocybine. Dans cette riche symptomatologie, l'exaltation affective et les libérations mnésiques tiennent une place de premier plan, ce qui nous permet de comprendre l'intérêt particulier de l'épreuve chez les névrotiques.

INTÉRÊT DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

= Au cours de notre étude, nous avons remarqué que la Psilocybine entraînait en général, chez nos malades, une exagération des

symptômes psychiques préexistants ; de plus, cette épreuve provoque fréquemment une levée de la réticence et de l'inhibition, ainsi qu'une libération mnésique : ces deux remarques font immédiatement comprendre la *valeur diagnostique* que peut prendre l'épreuve à la Psilocybine chez des malades mentaux. Tantôt, en effet, elle permet de confirmer un diagnostic déjà établi : tantôt même elle va affirmer un diagnostic jusque-là hésitant.

Ainsi, chez le *schizophrène*, l'exagération de la discordance nous a permis, dans des formes frustes (obs. n° 57) ou pseudo-névrotiques (obs. n° 56) d'affirmer la psychose schizophrénique.

De même, chez le *délirant*, la Psilocybine possède un intérêt diagnostique indiscutable : la levée de la réticence, la production de l'exacerbation des périodes oniriques, extériorisent le délire.

Chez le *maniaco-dépressif*, il existe une modification des troubles thymiques préexistants. Nous avons signalé que nous pouvions parfois assister à une véritable inversion de l'humeur.

Enfin, chez le *névrotique* et chez le *déséquilibré*, l'extraversion, la subexcitation verbale, liées à l'exaltation affective, permettent une meilleure analyse de la symptomatologie.

Toutefois, lors d'une étude diagnostique, il nous faut tenir compte d'un fait important : le tableau clinique préexistant est globalement modifié par l'adjonction des symptômes toxiques, en particulier par la destructuration de la conscience. Celle-ci permet du reste la libération des tendances profondes de la personnalité : cette oniro-analyse s'avère ainsi d'un grand intérêt lors de l'étude du malade.

= A côté de cette valeur diagnostique évidente, la Psilocybine semble pouvoir jouer un rôle dans la thérapeutique du malade mental. Nous nous sommes bornés, lors de notre étude, à constater un certain nombre de faits (des travaux plus approfondis concernant cet intéressant problème sont en cours à l'heure actuelle dans le service du Professeur Delay).

L'action thérapeutique de la Psilocybine nous paraît liée en grande partie à son influence sur l'humeur et l'affectivité.

— Chez le *névrotique*, l'évocation sur un mode catarthique de souvenirs oubliés, la formulation de sentiments d'infériorité, d'agressivité et de culpabilité entraînent une connaissance meilleure de la psychogenèse de la maladie. Cette prise de conscience de la part du malade s'accompagne fréquemment d'une phase d'exaltation euphorique : ainsi s'établissent des changements importants dans les rapports entre le malade et le médecin, avec création de véritables relations transférentielles qu'il est possible d'utiliser à des fins thérapeutiques.

— Dans 3 cas de mélancolie, nous avons assisté à une véritable inversion de l'humeur qui malheureusement n'a pas persisté.

— Chez certains *délirants* dont l'affection ancienne, bien que véritablement fixée, n'autorisait pas un mode de vie normale, l'épreuve à la Psilocybine a parfois été susceptible de faire resurgir les thèmes délirants. Une telle « actualisation du délire », en permettant un meilleur contact avec le malade, a ouvert de nouvelles possibilités thérapeutiques.

De même, nous avons pu constater l'action stimulante de l'épreuve à la Psilocybine dans un autre cas : un de nos malades, atteint d'un délire paranoïde, était traité par le 7843 RP, au moment où nous avons pratiqué l'injection de la Psilocybine. Il faut noter qu'après une amélioration apportée par cette phénothiazine, l'état du malade était stationnaire depuis quelques semaines. La non-interruption du

traitement par le 7843 RP, a pratiquement annulé les effets psychiques de l'expérimentation. Cependant, dans les jours qui ont suivi l'épreuve, nous avons pu constater une amélioration sensible de l'état clinique du malade.

Toutefois, un certain nombre de facteurs, avant tout le traumatisme que constitue cette psychose expérimentale, l'amnésie partielle qui suit les phases confuso-oniriques, semblent apporter un handicap considérable à l'utilisation de la Psilocybine en psychothérapie.

III. — LA PSILOCYBINE ET LES AUTRES MOYENS CHIMIQUES D'EXPLORATION PSYCHIATRIQUE

Nous tenterons maintenant de comparer l'épreuve à la Psilocybine aux autres moyens d'investigation psychiatrique, notamment à la narco-analyse et au choc amphétaminique (nous réservant d'étudier ultérieurement la place de la Psilocybine parmi les autres drogues psycho-dysléptiques).

C'est dans ce but que, chez certains de nos malades, nous avons réalisé successivement plusieurs types d'investigation ; nous résumerons les effets ainsi obtenus.

— *Pour l'observation n° 63* que nous avons déjà citée (il s'agit d'une malade dont le délire paranoïde évolue depuis de nombreuses années), avant l'épreuve à la Psilocybine, nous avions pratiqué une narco-analyse et un choc amphétaminique. *L'injection de barbiturique intra-veineux* entraîna une diminution de la réticence, l'apparition de thèmes délirants (transformation corporelle), le rappel d'épisodes sentimentaux, ainsi que d'une période très difficile (emprisonnement politique). *L'injection de chlorhydrate de métamphétamine* a déterminé, elle, une période de subexcitation verbale avec idées délirantes incohérentes et flou de la pensée. La discordance mimique était bien plus nette qu'à l'état normal. Rappelons que la *Psilocybine* a provoqué un tableau sensiblement comparable à celui qui était apparu lors de l'injection de métamphétamine.

— *Pour l'observation n° 36* que nous avons également citée (il s'agit d'un délire paranoïde évoluant par poussées *l'injection de chlorhydrate de métamphétamine* provoqua une exacerbation de la discordance ; les préoccupations obsédantes habituelles de la malade firent place à des idées délirantes : thème de transformation corporelle, constructions délirantes centrées sur les personnages de sa famille. La pensée devint floue ; on observa de nombreux barrages liés au syndrome d'influence. La malade put évoquer les événements importants de sa biographie. Dans les jours suivants, on nota une exacerbation des hallucinations auditives fort pénible.

La *Psilocybine* avait fait apparaître rapidement un état de conscience crépusculaire, durant lequel les préoccupations de la malade devenaient évidentes. Les observateurs présents étaient transformés en personnages importants de sa vie. La malade revivait dramatiquement une situation familiale très complexe, qui l'avait fortement culpabilisée. Les préoccupations sexuelles étaient liées à des « idées de mort ». Les thèmes d'influence, semi-critiqués du reste, devinrent particulièrement évidents en fin d'épreuve.

— *Une autre malade* (n° 64), qui présentait un syndrome hypochondriaque (douleurs lombaires) survenant sur une structure hystéro-phobique, fut d'abord soumise à plusieurs *subnarcooses*. Lors de celles-ci, la malade a révélé qu'à 18 ans, son père avait tenté de la violer. L'évocation de cet épisode déclenche une émotion violente. Ce thème est le thème dominant des différentes narco-analyses.

L'injection de Psilocybine provoque au début de l'épreuve un rappel identique avec subexcitation anxieuse, pleurs, opposition ; puis la malade devient bradypsychique, obnubilée ; elle revit certaines scènes familiales, entend son père lui faire des reproches. L'agressivité contre celui-ci est massive, fort culpabilisée ; la malade se remémore ensuite avec émotion un frère cadet mort en Algérie ; puis l'expérience est dominée par l'évocation de sa mère, dont, à l'état de veille, elle affirmait n'avoir aucun souvenir. Elle accuse alors son père d'être responsable de la disparition de celle-ci et de celle de son frère, puis elle nous fait part de la terreur que provoquent chez elle les relations sexuelles. Enfin, elle évoque plusieurs épisodes sentimentaux.

Une injection de chlorhydrate de métamphétamine faite en fin d'expérience à la Psilocybine, provoque lors d'une subexcitation anxieuse, la découverte momentanée par la malade des bénéfices secondaires procurés par sa maladie... Cet épisode est rapidement *calmé par une injection de barbiturique*.

— *Dans l'observation n° 52* (cathiémophrénose chez un Nord-Africain), une *injection intra-veineuse de barbiturique* entraîne au réveil la disparition du « gros ventre hystérique ». Mais quelques instants plus tard, le symptôme se reproduisait. *Un choc amphétaminique* révèle la suggestibilité du malade (pensant qu'il s'agit d'un barbiturique, le malade affirme qu'il est détendu et qu'il va s'endormir) et fait également disparaître le symptôme majeur, qui réapparaît cependant peu de temps après la fin de l'injection.

Nous avons vu que la *Psilocybine* a entraîné également la disparition du « gros ventre » durant les quelques heures de l'intoxication. La suggestibilité, le théâtralisme furent des symptômes de premier plan. Plusieurs crises névropathiques furent provoquées par l'évocation de souvenirs émotionnels.

— *Enfin, dans deux autres cas, la Psilocybine* ayant provoqué la reviviscence de souvenirs particulièrement pénibles, l'hyperthymie anxieuse entraîna un état d'opposition avec mutisme. L'évocation de la scène revécue put être réalisée lors d'une *narco-analyse* pratiquée le lendemain de l'épreuve à la Psilocybine.

Ainsi la Psilocybine peut être utilisée au même titre que les autres moyens d'exploration pharmacodynamiques comme un mode d'investigation psychiatrique. Les renseignements obtenus lors des différentes épreuves sont parfois assez voisins mais souvent ils se complètent admirablement en raison d'une certaine spécificité de leur contenu.

Ainsi les effets de l'épreuve à la Psilocybine ont certains points communs avec ceux du choc amphétaminique. Celui-ci possède, en effet, un intérêt diagnostique en raison de son action « stimulante » qui provoque une abréaction émotionnelle qui peut être très utile lors

de la psychothérapie (Pr J. Delay). Or l'action proprement onirique de la Psilocybine reste au second plan pour certains malades, en raison de l'état d'hyperthymie joint à l'accentuation des symptômes de la maladie. On peut donc parler d'une véritable action psychotonique de la Psilocybine.

La subnarcose barbiturique, elle, permet surtout une exploration du « subconscient ». Elle supprime les réticences, délirantes ou non ; « confirmant le mécanisme affectif de l'oubli » elle fait reparaitre « les souvenirs électivement abolis à l'état de veille ». (Pr J. Delay) (13).

Nous avons vu que la Psilocybine entraîne également une levée des réticences, ainsi que d'intéressantes précisions sur la valeur affective des souvenirs. Les renseignements qu'elle fournit peuvent donc être rapprochés de ceux qu'apporte la narco-analyse.

Toutefois, il ne s'agit là que d'une approximation assez grossière. La destructuration de la conscience provoquée par l'injection de barbiturique est quantitativement et qualitativement différente de celle qui suit l'injection de Psilocybine. Les effets de la Psilocybine s'apparentent davantage au rêve : comme lui, cette épreuve libère des manifestations archaïques de l'inconscient.

En conclusion, nous pouvons dire que la Psilocybine provoque l'évocation de souvenirs et d'affects très sévèrement réprimés. Elle permet une exploration plus profonde de la structure de la personnalité que la narco-analyse ou le choc amphétaminique. En cela son action est comparable à celle des autres psycho-dysléptiques.

LA PSILOCYBINE ET LES AUTRES PSYCHO-DYSLEPTIQUES

La Psilocybine est capable, nous l'avons vu, de provoquer une psychose artificielle : cette psychose possède-t-elle des caractères propres permettant de la distinguer des autres psychoses expérimentales ? C'est ce que nous tenterons de voir par une étude comparative.

Toutefois, cette comparaison n'intéressera que la Mescaline et le LSD 25, seuls psychodysléptiques pratiquement utilisés en psychiatrie. En ce qui concerne ces deux dernières drogues, notre étude repose uniquement sur des données bibliographiques, car nous n'en avons aucune expérience clinique personnelle.

— Les effets de la Psilocybine nous semblent très comparables à ceux de la Mescaline : l'étude faite par le Professeur J. Delay et H.P. Gérard (10) sur le sujet normal, celle qui a été réalisée par M. Ropert (92) sur le malade, donnent une description très proche de la nôtre. Tout au plus peut-on dire que cet alcaloïde du Peyotl provoque une réaction un peu plus vive et plus riche en fantastique, en transformation du monde extérieur. Mais il faut tenir compte des variations individuelles et expérimentales.

— Plusieurs études comparatives ont été faites à propos du LSD 25 et de la Psilocybine.

Ainsi Rümmele (93) analyse les effets comparés de la Scopolamine, du Diméthyltryptamine, de la Psilocybine et du LSD 25. Pour lui, il n'existe que de très minimes différences entre l'action de ces deux dernières drogues : seul le cours des idées lui paraît diminué avec la Psilocybine, augmenté avec le LSD 25.

Pour Isbell (80 et 81) les tableaux cliniques obtenus sont superposables. Il précise du reste deux points : d'une part l'existence d'une *tolérance croisée* entre les deux drogues ; d'autre part l'activité respective des deux produits : le LSD 25 est de 100 à 150 fois plus actif que la Psilocybine.

Toscano (97), ayant étudié sur lui-même ces 2 produits, confirme ce dernier fait. Cet auteur pense qu'il existe en outre une différence de « profondeur de réaction ». Mais ces deux observations ne sont-elles pas entièrement liées l'une à l'autre ? De plus, nous avons vu combien les conditions d'expérience peuvent modifier la réaction. Aussi est-il très difficile de tenter de comparer la « qualité de la réaction ».

— Après avoir mis en parallèle les psychoses artificielles créées par la Psilocybine et par les autres psychodysléptiques, chez le sujet normal, nous devons envisager à présent une *comparaison de ces diverses drogues en clinique psychiatrique*. Leur étude a donné lieu

à de nombreux travaux, apparemment contradictoires ; mais ces divergences nous paraissent surtout liées à la différence des directives d'expérimentation.

— Claude et Ey (8), J. Delay et H.P. Gérard (10), Hoch (63) ont tout d'abord remarqué qu'il existe des différences fondamentales entre les réactions produites par la Mescaline chez le sujet normal et le malade. Des constatations analogues ont été faites à propos du LSD 25 par Divry, Bobon et Collard (elles ont été rapportées par V.J. Durand) (33). Au contraire, pour certains auteurs — Sanguinetti, Zapparoli et Larrichia (95), Postel et Cossa (90) — la Mescaline et le LSD 25 donnent lieu à des manifestations analogues chez les malades et chez les sujets normaux : chez les malades, elles seraient seulement un peu moins spectaculaires.

Dans une thèse récente inspirée par le Pr Delay, M. Ropert (92) constate que la Mescaline entraîne chez le malade une extrême difficulté de contact durant l'épreuve ; les réactions anxieuses sont particulièrement fréquentes, alors que les phénomènes psycho-sensoriels sont extrêmement réduits.

Ces deux derniers points ont été également retrouvés dans notre étude sur la Psilocybine. Toutefois, en dehors de l'exagération de l'autisme du schizophrène, en dehors des périodes confuso-oniriques, ou hyperanxieuses, le contact avec le malade nous a semblé, au contraire, extrêmement facilité pendant l'épreuve même.

— Certains auteurs : Hoch et coll. (65 et 66), Denber et Merlis (30 et 31), M.T. Wilhem (104), J. Delay et coll. (16), M. Ropert (92), ont également étudié à propos de la Mescaline ou du LSD 25, l'influence du type de l'affection mentale sur les modalités réactionnelles ; c'est ainsi que M. Ropert conclut :

« L'intérêt diagnostique de l'épreuve à la Mescaline chez les malades mentaux nous paraît triple :

« a) les modifications psychologiques induites conservent ou exagèrent la physionomie de la psychose ou de la névrose sous-jacente facilitant ou confirmant le diagnostic clinique ;

« b) dans certains cas, à la faveur de l'hyperthymie anxieuse, certains éléments de la personnalité délirante se découvrent (schizophrènes et délirants chroniques) ;

« c) enfin l'exploration de la personnalité prémorbide est parfois fructueuse, surtout dans les structures fondamentales hyperthymiques (maniaco-dépressifs). »

V.J. Durand (33) constate des faits analogues à propos de la « lysergiso-analyse » du malade mental.

Notre étude concernant les modalités réactionnelles lors de l'épreuve à la Psilocybine, suivant l'affection psychiatrique préexistante, nous a conduit également à de semblables constatations.

De ces travaux, se dégage, aussi bien pour les malades mentaux que pour les sujets normaux, une profonde analogie entre les divers psychodysléptiques.

Toutefois, au terme de cette étude comparative, nous devons rappeler qu'il semble exister *quelques effets particuliers à la Psilocybine* :

— Nous avons signalé lors de l'étude somatique, son effet *bradycardisant* (la Mescaline et le LSD 25 provoquent une tachycardie).

Rappelons que nous avons également noté une différence portant sur le chiffre de la glycémie.

— Enfin, sur le plan psychique, il nous faut insister sur *la fréquence et l'intensité particulières des libérations mnésiques* provoquées par la Psilocybine, ce qui renforce son intérêt en clinique psychiatrique.

En fait, toute étude comparative est extrêmement délicate. Nous avons déjà souligné, à propos de la Psilocybine, l'influence certaine de la personnalité du sujet sur la symptomatologie de l'épreuve, et les modifications apportées par les conditions même de l'expérience. Enfin, au cours même de l'intoxication, la symptomatologie est extrêmement variable suivant l'état de conscience momentané du sujet. Cette diversité des tableaux cliniques observés nous paraît être la raison même des multiples discussions entraînées par l'étude nosographique des psychoses expérimentales.

Le problème de leur analogie ou de leur identité avec les psychoses humaines n'est pas encore résolu. On peut dire toutefois, et la Psilocybine le prouve une fois de plus, que les psycho-dysleptiques sont capables de créer de véritables psychoses. Ce fait est particulièrement intéressant, puisqu'il permet de soulever l'hypothèse d'une pathogénie biochimique des psychoses.

MECANISME D'ACTION DE LA PSILOCYBINE

Jusqu'à présent, le mode d'action de la Psilocybine semble avoir été surtout *envisagé par comparaison avec le LSD 25* dont la structure chimique est relativement proche.

En 1953, Gaddum mettait en évidence l'antagonisme Sérotonine-LSD 25. En même temps, on insistait sur le rôle neuro-hormonal de la Sérotonine qui semblait être, avec l'Acétylcholine et l'Adrénaline, un des grands médiateurs du système nerveux central. Ainsi que le précise D. Widlocher, certains auteurs ont pu se demander si, à l'origine des troubles psychiques provoqués par le LSD 25, « n'existe pas un défaut absolu ou relatif de Sérotonine ». Toutefois, un certain nombre de faits récents tendent à prouver que les phénomènes sont beaucoup plus complexes : en particulier, dans certaines conditions expérimentales, le LSD 25, loin d'être un antagoniste, renforce au contraire les effets de la Sérotonine.

Les recherches concernant le mode d'action du LSD 25 semblent pouvoir être appliquées à la *Psilocybine*. Dans le but d'approfondir une éventuelle inter-relation entre cette drogue et la *Sérotonine*, différentes investigations sont actuellement en cours. Ainsi, au Laboratoire de la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale, les Docteurs Thuillier et Nakajima étudient l'élimination urinaire du produit de dégradation de la Sérotonine (l'acide 5-hydroxy-indolacétique) (38). Les chiffres obtenus sont les suivants :

Malade	Dosage de l'acide 5-hydroxy-indolacétique/24 h.	
	Avant	Après
1	2,56 mg	5,5 mg
2	5,3 mg	5,4 mg
3	2,5 mg	5 mg
4	7,5 mg	4,4 mg
5	4,33 mg	7,5 mg
6	5 mg	4,9 mg
7	8,7 mg	3,9 mg

Ces résultats très variables sont ainsi d'interprétation délicate.

Ces auteurs étudient également les propriétés oxydatives du du sérum sanguin et leur modification éventuelle en rapport soit avec l'administration d'une drogue, soit avec l'affection mentale ; l'augmentation ou la diminution des mécanismes d'oxydation pourraient être en effet responsables d'un déséquilibre biochimique exerçant une action sur la neurosécrétion des amines biologiques (Sérotonine, Adrénaline...)

Ces divers travaux ne font que confirmer l'extrême complexité du mode d'action de la Psilocybine et des autres psycho-dysléptiques, mais ils n'ont pas permis à l'heure actuelle d'élucider ce mode d'action.

CONCLUSIONS

Notre expérimentation de la Psilocybine a donné lieu à 114 épreuves portant sur 101 sujets.

Nous avons retenu 100 protocoles concernant :

— 32 épreuves pratiquées sur des sujets normaux ;

— 68 épreuves pratiquées sur des malades de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale. Paris (Service du Professeur J. Delay).

La dose moyenne utilisée est de 10 mg. administrée le plus souvent par voie orale, parfois, chez les malades par voie sous-cutanée ou intra-musculaire.

LES RESULTATS de notre expérimentation peuvent se résumer ainsi :

Au point de vue somatique :

Les troubles observés sont sensiblement identiques chez les sujets normaux et chez les malades. Nous devons insister sur la constance des modifications neuro-végétatives. Quant à l'étude électro-encéphalographique et biologique, elle n'a pu être qu'ébauchée.

Au point de vue psychique :

Nous avons dû faire une étude séparée des réactions des sujets normaux et de celles des sujets malades.

a) *Chez les sujets normaux*, la production d'une psychose artificielle a permis de classer la Psilocybine parmi les psycho-dysléptiques. Le tableau réalisé habituellement comporte une symptomatologie riche où se trouvent associés des troubles thymiques, psychosensoriels, intellectuels et mnésiques. La fréquence et l'intensité des manifestations visuelles et d'un syndrome de dépersonnalisation donnent un caractère particulier à cette psychose.

Toute l'expérience est dominée par l'alternance de phases d'activité délirante et de phases de critique.

L'étude psychométrique a mis au premier plan des modifications observées les perturbations affectives du sujet.

b) *Chez les malades :*

= Les *troubles spécifiques* de l'intoxication à la Psilocybine s'observent également mais avec une fréquence moindre que chez les sujets normaux. Les manifestations visuelles, en particulier, sont plus rares (mise à part la libération mnésique). Il est difficile de faire la part respective de la véritable inhibition créée par le « processus » pathologique qui évolue chez le malade et celle de l'exacerbation de la symptomatologie psychiatrique préexistante masquant le tableau habituel de la psychose artificielle.

= Cette exacerbation du *syndrome psychiatrique* sous l'influence de la Psilocybine mérite en effet d'être soulignée, car elle confère à cette drogue un intérêt diagnostique certain.

Nous avons pu observer :

— Chez le schizophrène, une exagération de la discordance (nous n'avons, en effet, rappelons-le, jamais observé de discordance vraie en dehors des cas de schizophrénie) ;

— Chez le délirant, une levée de la réticence et l'apparition fréquente de périodes fécondes oniroïdes ;

— Chez le névrotique, une exagération de l'anxiété et l'évocation catarthique de souvenirs oubliés.

= L'épreuve de la Psilocybine peut donc être envisagée comme l'une des méthodes chimiques d'exploration du psychisme des malades.

Ainsi, les perspectives ouvertes par l'étude des propriétés de la Psilocybine semblent très larges.

Un certain nombre de points, encore non élucidés, méritent d'être soulignés :

— Les effets de cette drogue sont très comparables à ceux les autres psycho-dysléptiques, tels la Mescaline et le L.S.D. 25. Sa formule chimique, très voisine de celle de la Sérotonine, permet de discuter son mode d'action : en fait, ces mécanismes d'action paraissent extrêmement complexes, et ne sont pas encore précisés.

— Sur le plan thérapeutique, en raison de l'importance des phénomènes transférentiels observés au cours de l'épreuve, il est possible que la Psilocybine puisse être utilisée à des fins psychothérapiques : des recherches sont faites actuellement en ce sens dans le service de notre Maître, le Professeur J. Delay.

— L'épreuve à la Psilocybine est susceptible d'offrir encore un autre intérêt. En effet, puisque la drogue exacerbe les modifications de la personnalité pathologique, on peut se demander si, dans le cas d'un sujet normal et malgré l'apparente individualité des épreuves, il n'est pas possible de prévoir son mode de réaction, si l'on connaît avant l'épreuve son type de personnalité. Une étude psychométrique pourra peut-être ultérieurement en donner la preuve.

En raison des multiples problèmes qu'elle soulève, en raison du rôle qu'elle peut jouer en clinique psychiatrique, la Psilocybine nous semble mériter une place de première importance en neuro-psychopharmacologie.

Vu, le Doyen

L. BINET

Vu, le Recteur

J. SARRAILH

Vu, le Président

J. DELAY

BIBLIOGRAPHIE

- 1 — AJURIAGUERRA J. de, HECAEN H. : Le Cortex cérébral. Etude neuro-psycho-pathologique, Paris. Masson éd. 1950 (409-410).
- 2 — BERINGER K. : Der meskalinraussh, 1 vol. Springer éd., 1927.
- 3 — BOOR W. : Psilocybin eine neuro psychotrope Substanz - Dtsch. med. Umschr, 1959, 84 (1932-1933).
- 4 — BRACK A. : Rapport sur les expériences personnelles (auto-expérimentation) avec la psilocybine. In HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (280-281).
- 5 — CAILLEUX R. : Trois essais d'ingestion avec les psilocybes hallucinogènes - in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (283-285).
- 6 — CERLETTI A. : Biochimie. Physiologie et Pharmacologie de la 5-hydroxy-tryptamine - Méd. et Hyg., Genève, 1958, 16 (228-231).
- 7 — CERLETTI A. : Etude pharmacologique de la psilocybine, in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (268-271).
- 8 — CLAUDE H. et EY H. : La Mescaline, substance hallucinogène - C.R. Soc. Biologie, Paris 1934 : I, 115 (838-841).
- 9 — DAVID LANDY Ph.D. et ALBERTO DIMASCIO M.A. : Body type (Body Mass Index) and Behavioral reactions to an Hallucinogenic Drug (Lysergic acid Diethylamid) - Communication de « Massachusetts Mental Health Center and Department of Psychiatry » ; Harvard Medical School.
- 10 — DELAY J. et GERARD H.P. : L'intoxication mescalinique expérimentale Encéphale, 1948, 7 (196-235).
- 11 — DELAY J., GERARD H.P. et ALLAIX D. : Illusions et hallucinations de la mescaline - Press. Méd. 57, n° 81 (1210-1211), 1949.
- 12 — DELAY J. : Les dissolutions de la mémoire (p. 34 - p. 100), Paris. 1950. P.U.F. éd.
- 13 — DELAY J. : Méthodes biologiques en clinique psychiatrique, Paris. 1950. Masson éd.
- 14 — DELAY J. et GERARD H.P. : Les illusions de la Mescaline - Encéphale, 1950, 1 (55-63).
- 15 — DELAY J., GERARD H.P. et RACAMIER P.C. : Les synesthésies dans l'intoxication mescalinique - Encéphale, 1951, 1 (1-10).
- 16 — DELAY J., DENIKER P., RACLOT M., et Mme ROPERT M. : La Mescaline chez les malades mentaux, constatations cliniques. - Ann. Méd. Psychol., 1956, 114, II, n° 2 (300-305).
- 17 — DELAY J. et BENDA Ph. : L'expérience Lysergique (LSD 25). A propos de 75 observations cliniques - Encéphale, 1958, 3 (169-209) ; 1958, 4 (309-344).
- 18 — DELAY J. : Discussion - fourth symposium. Neuro-psychopharmacology. Proceedings of the first international congress. Rome, sept. 1958. Elsevier, Publ. comp. Amsterdam, 1959 (167-172).
- 19 — DELAY J., PICHOT P. et NICOLAS-CHARLES P. : Premiers essais de la Psilocybine en psychiatrie (Neuro - Psychopharmacology - Proceedings of the first international congress, Rome, sept. 1958. Elsevier Publ. Comp. Amsterdam, 1959 (529-531).
- 20 — DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE Th. et NICOLAS-CHARLES P. : Effets psycho-physiologiques de la psilocybine - C.R. Ac. Sc., 1958, 247 (1235-1238).
- 21 — DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE Th., NICOLAS-CHARLES J., et QUETIN A.M. : Etude psycho-physiologique et clinique de la psilocybine ; in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (287-309).

- 22 — DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE Th., NICOLAS-CHARLES P. et QUETIN A.M. : Les effets somatiques de la psilocybine - Ann. Méd.-Psychol. 1959, 117, n° 1 (891-898).
- 23 — DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE Th., NICOLAS-CHARLES P. et QUETIN A.M. : Les effets psychiques de la psilocybine et les perspectives thérapeutiques - Ann. Méd.-Psychol. 1959, 117, n° 1 (899-906).
- 24 — DELAY J., PICHOT P. et LEMPERIERE Th. : La Psilocybine, historique, pharmacophysiologie clinique. La Presse Médicale, 1959, 67, n° 47 (1731-1733).
- 25 — DELAY J., PICHOT P. et LEMPERIERE Th. : La Psilocybine, actions psychologique et thérapeutique - Presse Médicale, 67, n° 49, 1959 (1811-1813).
- 26 — DELAY J., THUILLIER J., NAKAJIMA H. et DURANDIN M.C. : Action de la psilocybine sur le comportement des souris normales et des souris I.D.P.N. Comparaison avec les monoéthylamides (LAE) et diéthylamide (LSD 25) de l'acide Lysergique - C.R. Soc. Biol. 1959, 153 (244-248).
- 27 — DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE Th. et QUETIN A.M. : Effet thérapeutique de la psilocybine sur une névrose compulsive - Ann. Méd.-Psychol., 1959, 117, II, n° 3 (509-515).
- 28 — DELAY J., THUILLIER J. et NAKAJIMA H. : L'évaluation psychiatrique de la réaction biologique non spécifique des drogues psychotropes. C.R. Soc. Biol. (à paraître).
- 29 — DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE Th., QUETIN A.M., WIART C. : Les visions de la Psilocybine - Encéphale 1960 (à paraître).
- 30 — DENBER H.C.B., MERLIS S. et HUNTER W. : The action of mescaline on the clinical and brain wave pattern of schizophrenic patients before and after electroconvulsant treatment - EEG Clin. Neurophys. Suppl. IV (30), 1953.
- 31 — DENBER H.C.B. et MERLIS S. : Study on Mescaline I. Action in Schizophrenic patients - Psychiat. quart. 1955, 29, n° 3 (421-429).
- 32 — DESCHAMPS A. : Essais d'exploration pharmaco-dynamique des déments précoces, Thèse médicale, Paris 1932.
- 33 — DURAND V.J. : Diéthylamide de l'acide lysergique et Psychiatrie - Introduction générale ; Ann. Méd. Psychol., 1960, 118, n° 3 (401-526).
- 34 — EY H. : Etude n° 8. Le Rêve « fait primordial » de la psychopathologie, I (p. 238), Paris, 1952. Desclée de Brouwer et Cie, éd.
- 35 — EY H. : Etude n° 22. « Mélancolie », Etudes Psychiatriques, III (182-184), Paris, 1954. Desclée de Brouwer et Cie, éd.
- 36 — EY H. - Etude n° 23. « Bouffées délirantes » et psychoses hallucinatoires aiguës, in Etudes Psychiatriques, tome III (201-324), Paris, 1954. Desclée de Brouwer et Cie, éd.
- 37 — FOLLIN S. : La Dépersonnalisation - Encyclopédie Médico-Chirurg. Psychiatrie. I, 1955, 37125, A. 10 (1-7).
- 38 — GENNES L. de, TOURNEUR R., AUBERT P., LAUDAT Ph., MOUHKTAR M. et BAILLET J., avec collaboration technique de LAURENT D. - La Sérotonine - Le dosage de l'acide 5-hydroxy indolacétique urinaire, résultats expérimentaux et cliniques - Presse Méd. 1957, 65, n° 57 (1321-1323).
- 39 — GNIRSS Von F. : Untersuchungen mit Psilocybin einem Phantastikum aus dem Mexikanischen Rauschpilz Psilocybe Mexicana - Schweizer Arch. Neurol. Psychiat. 1959, 84, 346.
- 40 — GUZMAN HUERTA G. : Estudio Taxonomico y ecologico de los hongos neurotropicos Mexicanos - Thèse Mexico, 1959.
- 41 — HECAEN H., AJURIAGUERRA J. de : Méconnaissances et hallucinations corporelles ; intégration et désintégration de la somatognosie, Paris. Masson et Cie, éd. 1951 (256-309).

- 42 — HEIM R. : Les champignons divinatoires utilisés dans les rites des Indiens Mazatèques, recueillis au cours de leur premier voyage au Mexique en 1953 par Mme Valentina PAVLOVNA WASSON et M.R. GORDON WASSON - C.R. Acad. Sci. 1956, 242 (965-968).
- 43 — HEIM R. : Les champignons divinatoires recueillis par Mme Valentina PAVLOVNA WASSON et M. R. GORDON WASSON au cours de leur mission en 1954 et 1955 dans les pays miê, mazatèque, zapotèque et pahua du Mexique méridional et central - C.R. Acad. Sci., 1956, 242 (1389-1395) et Rev. Mycol. 1957, 22 (62-70).
- 44 — HEIM R. : Les agarics hallucinogènes du genre *psilocybe* recueillis au cours de notre récente mission dans le Mexique méridional et central en compagnie de M.R. GORDON WASSON - C.R. Acad. Sci. 1957, 244 (695-700) ; et Rev. Mycol. 1957, 22 (70-76).
- 45 — HEIM R. et CAILLEUX R. : Culture pure et obtention semi-industrielle des agarics hallucinogènes du Mexique - C.R. Acad. Sci. 1957, 244 (3109-3114) ; Rev. de Mycol. 1957, 22 (183).
- 46 — HEIM R. : Analyse de quelques expériences personnelles produites par l'ingestion des agarics hallucinogènes du Mexique - C.R. Acad. Sci. 1957, 245 (597-603).
- 47 — HEIM R. : Breves latinæ diagnoseis hallucigenarum mexicarorum *psilocyblarum* ad fera specimina pertinentium - Rev. Mycol. 1957, 22 (77-79).
- 48 — HEIM R. : Sur les *psilocybes* hallucinatoires des Aztèques et sur le micro-endémisme des agarics utilisés par les Indiens du Mexique à des fins divinatoires - C.R. Acad. Sci., 1957, 245 (1761-1765) et Rev. Mycol. 1957, 22 (300-305).
- 49 — HEIM R. : Les critères d'ordre chimique dans l'étude des affinités chez les champignons - The Linnaeus Commemoration of Uppsala University. Symposium on « Systematics of to-day » Upsal, 1958, (48-58).
- 50 — HEIM R. : Diagnose latine du *psilocybe* *Wassonii* Heim, espèce hallucinatoire des Aztèques - Rev. Mycol. 1958, 23 (119-120).
- 51 — HEIM R. et CAILLEUX R. : Latini diagnosis *psilocybes* *sempervivæ*. Rev. Mycol. 1958, 23.
- 52 — HEIM R. : Le syndrome narcoticien chez les champignons à action cérébrale - Rev. Histoire Méd., 1958, 16.
- 53 — HEIM R. : Les actions nerveuses provoquées par les champignons - Science et Nature, 1958, n° 29, 8.
- 54 — HEIM R., BRACK A., KOBEL H., HOFMANN A. et CAILLEUX R. : Déterminisme de la formation des carpophores et des sclérotés dans la culture du *Psilocybe Mexicana* Heim, agaric hallucinogène du Mexique, et mise en évidence de la *psilocybine* et de la *psilocine*. C.R. Acad. Sci., 1958, 246 (1346-1351) ; et Rev. Mycol. 1958, 23 (106-113).
- 55 — HEIM R. et HOFMANN A. : Isolement de la *psilocybine* à partir du *Stropharia cubensis* Earle et d'autres espèces de champignons hallucinogènes mexicains appartenant au genre *psilocybe* - C.R. Acad. Sci., 1958, 247 (557-561).
- 56 — HEIM R. et WASSON R.G. : Les champignons hallucinogènes du Mexique - 322 p. + 36 pl. Editions du Muséum National d'Histoire Naturelle, Paris, 1958.
- 57 — HEIM R. : Etude descriptive et taxinomique des agarics hallucinogènes du Mexique, in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (123-197).
- 58 — HEIM R. : Caractères embryologiques des géophiles hallucinogènes (*psilocybe* et *stropharia*) in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (197-204).
- 59 — HEIM R. : Analyse des premières expériences produites par l'ingestion des agarics hallucinogènes du Mexique - in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (273-278).

- 60 — HEIM R. et CAILLEUX R. : Les caractères culturels des agarics hallucinogènes du Mexique, in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (205-245).
- 61 — HEIM R., BRACK A., KOBEL H., HOFMANN A. et CAILLEUX R. : Déterminisme de la formation des carpophores et éventuellement des sclérotés dans les cultures des agarics hallucinogènes du Mexique, et mise en évidence de la psilocybine et de la psilocine - in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (248-254).
- 62 — HEIM R. et HOFMANN A. : La psilocybine et la psilocine chez les psilocybes et strophaires hallucinogènes - in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (258-262).
- 63 — HEIM R. et CAILLEUX R. : Nouvelle contribution à la connaissance des Psilocybes hallucinogènes du Mexique - C.R. des séances de l'Ac. des Sciences, 249 (1842-1846), séance du 9 novembre 1959.
- 64 — HOCH P.H. : Experimentally produced psychosis. Am. J. of Psychiat. 107 (607-611), 1951.
- 65 — HOCH P.H., CATELL J.P. et PENNES H.H. : Effects of mescaline and lysergic acid (LSD 25) - Am. J. of Psych. 1952, 108 (579-584).
- 66 — HOCH P.H., CATELL J.P. et PENNES H.H. : Effects of drugs - Am. J. of Psych., 1952, 108 (585-589).
- 67 — HOFMANN A. : Rapport sur une auto-expérience avec le psilocybe mexicana Heim ; in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (278-280).
- 68 — HOFMANN A., FREY A., OTT H., PETRZILKA Th. et TROXLER F. : Konstitutionsaufklärung und Synthese von Psilocybin - Experientia, 1958, 14 (397).
- 69 — HOFMANN A., FREY A., OTT H., PETRZILKA Th. et TROXLER F. : Détermination et synthèse de la psilocybine - in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (263-267).
- 70 — HOFMANN A., HEIM R., BRACK A. et KOBEL H. : Psilocybin ein psychotroper Wirkstoff aus dem mexikanischen Rauschpilz Psilocybe mexicana Heim ; Experientia 1958, 14 (107) ; et Rev. Mycol. 1958, 23 (114-118).
- 71 — HOFMANN A. et TROXLER F. : Identifizierung von Psilocin - Experientia 1959, 15 (101).
- 72 — HOFMANN A., HEIM R., BRACK A. et KOBEL H. : La Psilocybine, principe actif psychotrope du champignon hallucinogène - in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (255-262).
- 73 — HOFMANN A., HEIM R., BRACK A., KOBEL H., FREY A., OTT H., PETRZILKA Th. et TROXLER F. : Psilocybin und Psilocin zwei psychotrope Wirkstoffe aus mexikanischen Rauschpilzen - Helvetica Clinica Acta, 1959, Vol. LXII (1557-1572).
- 74 — HOLTZMAN W.H. : Progress report of research of the development of a new inkblot test - The University of Texas, 1956, 28 pages.
- 75 — HOLTZMAN W.H. : The Inkblot Test - University of Texas, Austin, Texas, 1958, 224 pages.
- 76 — HOLTZMAN W.H. : Inkblot Test, Individual form A - University of Texas, Austin, Texas, 1958, 45 planches.
- 77 — HOLTZMAN W.H. : Inkblot Test, Individual form B - University of Texas, Austin, Texas, 1958, 45 planches.
- 78 — HOLTZMAN W.H. : Supplément n° 1, to the Inkblot Test. A provisional manual for research purposes only - The University of Texas, Austin, Texas, 1958, 26 pages.
- 79 — HOLTZMAN W.H. : Supplément n° 2 B, to the Inkblot Test. A provisional manual for research purposes only. Scoring samples of difficult responses for form B. - The University of Texas, Austin, Texas, 1958, 45 pages.
- 80 — ISBELL H. : Comparison of the reactions induced by psilocybin and LSD 25 in man - Psychopharmacologia, 1959, 1 (29-38).

- 81 — ISBELL H. : Cross tolerance between LSD 25 and Psilocybin (in press).
- 82 — KRETSCHMER E. : Manuel théorique et pratique de psychologie médicale. Trad. franc. Paris, 1928, Payot éd.
- 83 — LHERMITTE J. : Les hallucinations, clinique et physiopathologie, Paris, 1951. Doin éd.
- 84 — LINDEMAN E. et MALAMUD W. : Experimental analysis of psychopathological effects of intoxicating drugs - Am. J. of Psychiat., 1934, 13, n° 4 (853-881).
- 85 — MAYER-GROSS W. : Experimental psychoses and other abnormalities produced by drugs - Brit. Med. J., 1951, 2 (317-321).
- 86 — MICHAUX H. : La Psilocybine - Les Lettres Nouvelles, 1959, 7^e année, n° 35 (1-14).
- 87 — MONNIER M. : Action de la Psilocybine sur le cerveau de lapin - Experientia (Basel), 1959, 15 (321-323).
- 88 — MORSELLI G. : Recherches expérimentales et délire - C.R. Congrès internat. Psychiat. Paris, 18-27 sept. 1950 (89-121).
- 89 — MORSELLI G. : Expérience mescalinique et vécu schizophrénique. Evol. psychiat. 1959, fasc. II (275-284).
- 90 — POSTEL J. et COSSA P. : La thérapeutique par la psychose induite (mescaline et chlorpromazine). Ann. Med. Psychol. 1956, 114, II (254-282).
- 91 — RICHTER H.R. : EEG Untersuchungen bei Psilocybin (CY 39 Sandoz) einem neuen Phantasticum, nebst grundsätzlichen Bemerkungen zur Prüfung von Neuropsychopharmaka. Schweiz Arbeitsgemeinschaft für EEG, Sitzung von 9 mai 1959 in Tschugg. Resumé in EEG journal.
- 92 — ROPERT M. : La Mescaline en Psychiatrie clinique et expérimentale - Thèse Médecine, Paris, 1957.
- 93 — RUMMELE Von W. : Die Stellung des Psilocybins unter anderen psychotropis Substanzen - Schweizer Arch. Neurol. Psychiatr. 1959, 84 (348).
- 94 — RUMMELE W. et GNIRSS F. : Untersuchungen mit Psilocybin, einer Psychotropen Substanz aus Psilocybe mexicana (Rapport manuscrit, 10 pages).
- 95 — SANGUINETI J., ZAPPAROLI G.C., LARICCHIA R. : Studio clinico-biologico della reazioni indotte del solfato di mescalina e dell'acido lisergico (LSD 25) in malati di mente - Riv. Sperim di Frenat, 1956, 80, n° 4 (887-918).
- 96 — STOCKINGS G.T. : Clinical study of the mescaline psychosis with special reference to the mechanism of the genesis of schizophrenic and other psychotic statis. J. of Mental Sci. 1940, 86 (29-47).
- 97 — TOSCANO AGUILAR : Etude auto-expérimentale avec deux drogues psychodysléptiques LSD 25 et Psilocybine ; comparaison des résultats. Mémoire pour le titre d'Assistant étranger, Paris, 1959.
- 98 — WASSON V.P. et WASSON R.G. : Mushrooms Russia and History - 2 vol., New-York, 1957.
- 99 — WASSON R.G. : Les premières sources, in HEIM R. et WASSON R.G., op. cit. (15-44).
- 100 — WASSON R.G. : Le champignon sacré au Mexique contemporain - in HEIM R. et WASSON R.G. - op. cit. (45-100).
- 101 — WASSON R.G. : Les champignons dans l'archéologie méso-américaine, in HEIM R. et WASSON R.G. - op. cit. (101-122).
- 102 — WEIDMANN H., TAESCHLER M. et KONZETT H. : Zur Pharmakologie von Psilocybin, einem Wirstoff aus Psilocybe mexicana Heim - Experientia, 1958, 14 (378).

- 103 — WIDLOCHER D. : Le Diéthylamide de l'acide lysergique. Etude de psycho-pathologie expérimentale - Thèse médecine, Paris, 1957.
- 104 — WILHEIM M.T. : Intérêt de l'épreuve mescalinique dans les maladies mentales, Thèse médecine, Strasbourg, 1955.
- 105 — WOLFER : Das Raum - und Zeiterleben unter abnormen Bedingungen besonders in meskalinrausch - Dtsch. med. Weschz. 1952, 77, n° 6.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	21
HISTORIQUE	23
ETUDE DESCRIPTIVE ET TAXINOMIQUE DES AGARICS HALLUCINOGENES DU MEXIQUE	26
ETUDE CHIMIQUE : PSILOCYBINE ET PSILOCINE	30
EFFETS DE LA PSILOCYBINE CHEZ L'ANIMAL. Etude pharmacologique	34
EFFETS DE LA PSILOCYBINE CHEZ L'HOMME	38
Les conditions de notre expérimentation	38
A — Effets somatiques	40
Etude biologique	47
Etude électroencéphalographique	48
B — Effets psychiques chez les sujets normaux	50
I Auto-observations	50
II Etude des troubles psychiques chez les sujets normaux	67
1) Modification de l'humeur	67
2) Phénomènes psycho-sensoriels	71
a) Manifestations visuelles	71
b) Manifestations auditives	77
c) Autres manifestations sensorielles	78
d) Les Synesthésies	79
e) Les perturbations de la Somatognosie	80
3) Troubles intellectuels	82
a) Troubles de l'attention, de la concentration et du cours des idées	82
b) Troubles de la mémoire	83
c) Troubles de la conscience du Temps	85
d) Troubles de la conscience de l'Espace	86
4) Troubles de la conscience de la Personnalité - Les phénomènes de Dépersonnalisation	86
5) Constructions délirantes	90
6) Attitude du sujet vis-à-vis de l'observateur	91
III Etude psycho-pathologique de la Psychose expérimentale créée par la Psilocybine	93
1) Rapport entre notion de croyance et niveaux de conscience	93
2) Influence de la Personnalité sur la symptomato- logie de l'intoxication	94
3) Influence de la Psilocybine sur l'affectivité	95
4) Etude psychométrique	95

C — Effets psychiques chez les malades mentaux	98
Les conditions de notre étude	98
Association médicamenteuse	99
I Etude comparative des effets psychiques (sujets malades - sujets normaux)	104
II Les affections psychiatriques et l'épreuve à la Psilocybine (observations)	107
1) La Psilocybine chez les Schizophrènes	107
2) La Psilocybine chez les Délirants	115
3) La Psilocybine dans les Psychoses maniaco-dépressives	119
4) La Psilocybine chez les Débiles mentaux	122
5) La Psilocybine dans les Névroses, Psychonévroses et le Déséquilibre psychique	123
Intérêt diagnostique et thérapeutique	141
III La Psilocybine et les autres moyens chimiques d'exploration psychiatrique	143
LA PSILOCYBINE ET LES AUTRES PSYCHO-DYSLEPTIQUES	146
MECANISME D'ACTION DE LA PSILOCYBINE	149
CONCLUSIONS	150
BIBLIOGRAPHIE	152
TABLE DES MATIERES	159

